Rok XLII. Kraków 26 Września 1903. Nr. 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera we Lwowie.

Mięsak sieci, czy żołądka?

Spostrzeżenie kazuistyczne.

Napisał

Dr. M. W. Herman.

Asystent kliniki.

Mimo wielkiego postępu w rozpoznawaniu chorób jamy brzusznej zdarzają się i dziś przypadki, w których po wyczerpaniu wszystkich środków pomocniczych przystępujemy właściwie bez rozpoznania do laparotomii, oczywiście nie wyłącznie w celu uspokojenia swej ciekawości, lecz także, gdy się możność ku temu okaże, udzielenia choremu odpowiedniej pomocy. Przed kilkoma miesiącami los zdarzył dwa takie przypadki w naszej klinice i w obu dzięki pozwoleniu i poleceniu mego szefa wykonałem laparotomię.

O przypadku pierwszym pokrótce tylko napomknę, ma być bowiem opisanym obszerniej przez kogo innego. U młodego mężczyzny można było wykazać guz, umiejscowiony zaotrzewnowo. Brak objawów specyficznych ze strony jakiegokolwiekbądź narządu zmuszał nas wstrzymać się z ostatecznem rozpoznaniem aż do chwili laparotomii próbnej, która ewentualnie zamienić się mogła w zabieg leczący doszczętny, guz bowiem zdradzał pewną ruchomość. Po otworzeniu jamy brzusznej znaleźliśmy guz znacznych rozmiarów, o cechach nowotworu złośliwego (stwierdzonych zresztą klinicznie), położony rzeczywiście zaotrzewnowo i wyrastający z okolicy podwątrobowej, a jak się nam po pierwszem zoryentowaniu zdawało z okolicy, prawej nerki, a może nawet ze samej nerki, usadowienie bowiem i rozmiary guza utrudniały jej odszukanie i obmacanie. W okolicy górnego bieguna poprzecznie przez guz przebiegała dwunastnica, silnie spłaszczona. Gdyśmy zatem znaleźli lewą nerkę niezmienioną, a ruchomość guza, wyraźniejsza teraz, niż przed laparotomią, zachęcała do próby wyłuszczenia go, zamierzyliśmy operacyę doszczętną, odłuszczając przedewszystkiem otrzewnę od przedniej powierzchni nowotworu. I posunęliśmy się w operacyi daleko, zanim wreszcie okazało się, że nowotwór (mięsak) wyrasta z tylnej bezotrzewnowej ściany dwunastnicy.

Drugi przypadek, który obszerniej opiszę, jeszcze ciekawszy, bo do tej chwili, jakkolwiek od operacyi upłynęło już kilka miesięcy, nie jesteśmy pewni, z czem mieliśmy do czynienia. Wątpliwość tę zaznaczyłem w tytule.

Chory P. Cw., l. 43, leczony od czerwca 1901 r. za kilkoma nawrotami w rozmaitych klinikach. Ostatni pobyt w klinice chirurgicznej od 2/2 1903, do 7/3 1903 r. Z wywiadów niewiele się dowiadujemy. Pochodzi z rodziny zdrowej, dotychczas nigdy nie chorował. Obecne cierpienie rozpocząć się miało nagle w maju 1901 r. »kurczami żołądkowymi«. Po zastosowaniu środków domowych bóle znacznie się zmniejszyły tak, że już następnego dnia powrócił do zajęcia, jakkolwiek nie czuł się zupełnie zdrowym. To go skłoniło do szukania porady lekarskiej. Leczył się z przemijającą ulgą. W parę miesięcy później zauważył, że brzuch mu grubieje. Z tej przyczyny zgłosił się przed rokiem do kliniki chirurgicznej. Tu pozostawał w obserwacyi przez 8 dni, a gdy się na zaproponowaną mu laparotomię zgodzić nie chciał, został wypisanym. Już jednak po paru miesiącach przedstawił się ze znaczną puchliną brzucha. Wtedy to po nakłóciu brzucha w linii środkowej wypuszczono kilka litrów płynu surowiczo-krwawego, poczem rozmiary brzucha zmniejszyły się wcale wybitnie, co choremu sprawiło znakomitą ulgę, oczywiście tylko przemijającą. Później jeszcze w odstępach kilkotygodniowych trzeba było nakłócie powtarzać. Wreszcie sprzykrzyły się choremu te półśrodki i 2/2 1903 r. zgłosił się do stałej kliniki, zdecydowany choćby na najdoszczętniejszą operacyę. Dokuczają mu zaś jedynie niezwykłe rozmiary brzucha, bo zresztą bólów nie miewa żadnych, łaknienie dość dobre, wypróżnienie miewa codziennie, nie wymiotuje i nigdy nie wymiotował, nie gorączkuje i nie poci się, a dopiero od kilku miesięcy zauważył, że siły coś nie całkowicie mu dopisują.

Stan obecny (3/2 1903 r.). Wzrost średni, budowa kośćca dobra, skóra sprężysta, woskowo blada, podściółki tłuszczowej niema, układ mięśniowy miernie rozwinięty, język nie obłożony.

Wypuk nad płucami: z przodu w szczycie prawym przytłumiony do II-go żebra, poniżej jawny do dolnego brzegu V-go żebra; w szczycie lewym i poniżej wypuk jawny do dolnego brzegu IV. żebra. Z tyłu po stronie prawej w szczycie lekkie przytłumienie, sięgające do grzebienia łopatki, poniżej, jak i po całej lewej stronie, wypuk jawny. Granice dolne wyżej ustawione, niż prawidłowo, ale wyraźnie ruchome, tak jak i z przodu. Szmery oddechowe wszędzie fizyologiczne. z dodatkiem drobnych nielicznych rzężeń po stronie prawej z tyłu i u dołu.

Serce bez zmian; tętno miarowe, dobrze napięte, 72 uderzeń na minutę, tętnica sprychowa szeroka.

Gruczoły chłonne, badane na typowych miejscach, nie powiększone.

Ciepłota (wieczorem) 36·9.

Brzuch znacznie i jednostajnie wysklepiony, na boki rozlany, pępek wypuklony, na skórze ledwo zaznaczona sieć naczyń żylnych. Chełbotanie wyraźne. Nad całym brzuchem, nawet w okolicy dołka podsercowego, wypuk stłumiony. Przy obmacywaniu żadnych oporów w głębi się nie wyczuwa. Największy obwód 102 ctm.

Części rodne zewnętrzne bez zmian.

Badanie przez jelito odchodowe wykazuje stosunki prawidłowe. Szczególniejszą uwagę zwrócono na zachowanie się zatoki Douglasa, nie znaleziono w niej jednak żadnych guzków.

Obrzęku w tkance podskórnej nigdzie niema.

Badanie w uśpieniu chloroformowem po odpuszczeniu kilku litrów płynu surowiczo-krwawego wykazuje śledzionę i wątrobę nie powiększoną, a w głębi rozlany, bliżej określić się nie dający opór.

Mocz barwy winowo-żółtej, prawie zupełnie przeźroczysty, oddziaływa obojętnie; c. wł. 1025; białka wyraźna obrączka; cukru, acetonu brak; indykan w ilości prawidłowej; diazoreakcya ujemna; chlorki i fosforany prawidłowe. Osad, bardzo skąpy, składa się z nielicznych wałeczków szklistych, ziarnistych i mięszanych, nielicznych komórek nabłonkowych, nieco kryształów fosforanu magnowo-amonowego.

Krew: ciałek białych 5870, czerwonych 2,950.000 (stosunek 1 : 502), hemoglobiny 34% (index 0·58), lepkość erytrocytów utrzy-

mana, kształt ich prawidłowy. Siatka włóknika wyraźna. Na preparatach ustalonych w termostacie (przy ciepłocie + 110° C.) i barwionych triacydem Ehrlicha znaleziono ciałek białych wielojądrzastych neutrofilnych 72%, limfocytów małych 16%, limfocytów dużych 3%, przejściowych 5%, eozynochłonnych 4%.

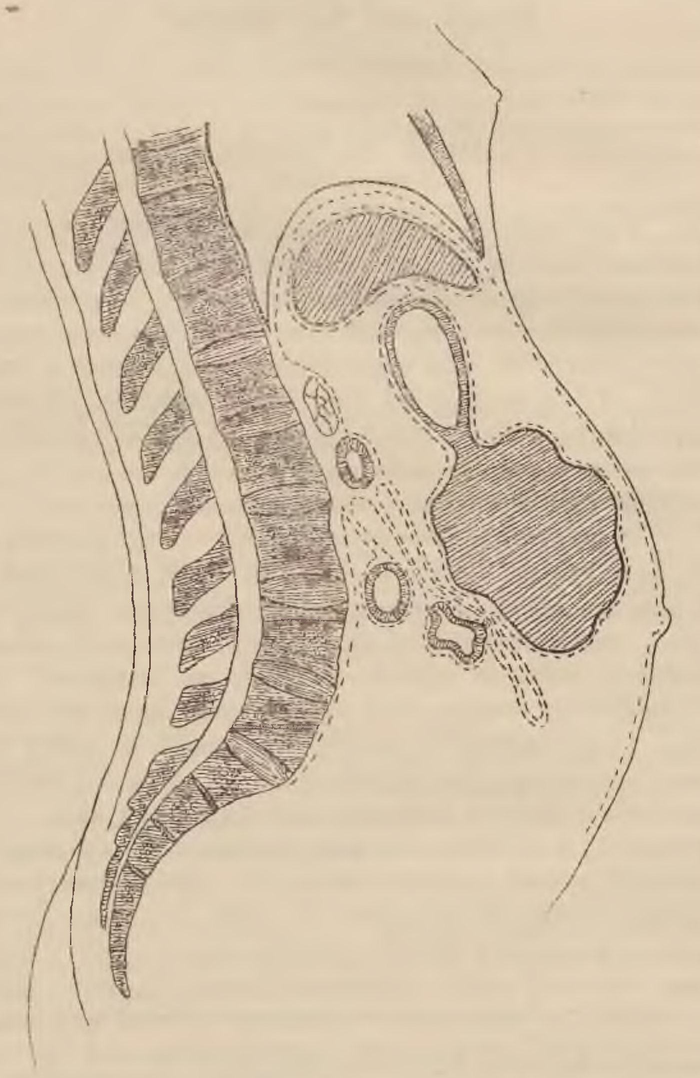
Podczas czterodniowej obserwacyi stwierdzono, że ciepłota chorego waha się w granicach prawidłowych (36·1—37), że stolce bywają prawidłowe i że żadnych specyalnych dolegliwości chory nie miewa.

W rozpoznaniu wyjść się musiało z głównego objawu, t. j. puchliny brzusznej. Charakter jej krwotoczny nie przysparzał nowego szczegółu, boć równie często spotykamy go w gruźlicy otrzewnej, jak i w nowotworowych zwyrodnieniach. Wspominam tylko o tych dwóch cierpieniach, gdyż po wykluczeniu spraw innych i po stwierdzeniu, że istniejące przewlekłe zapalenie nerek nie pozostaje w bezpośrednim związku przyczynowym z wymienionym objawem głównym, rozpoznanie różniczkowe tylko między temi dwoma sprawami wahać się mogło. I nie taję, że przed operacyą więcej znaleźliśmy argumentów, przemawiających za gruźlicą, niż za nowotworem złośliwym. Teraz, po operacyi widzę, że można było argumenta zestawić odwrotnie. Nie będę się dalej rozwodził nad kwestyą rozpoznania w tym przypadku, bo i tak nie przynoszę żadnego nowego szczegółu rozpoznawczego; krótko tylko zaznaczę, że biorąc nóż do ręki, wiedzieliśmy na pewne tylko tyle, że mamy do czynienia z puchliną brzuszną, której wątpliwem tłem zdawała się być gruźlica.

Dnia 6/2 1903 r. w uśpieniu chloroformowem otworzono jamę brzuszną cięciem w środkowej linii, sięgającem ku górze po wyrostek mieczykowaty, ku dołowi zaś nie dochodzącem na szerokość dłoni do spojenia łonowego. Zaraz wycięto małą przepuklinę pępkową. Gdy odpłynęło kilka litrów płynu surowiczo-krwawego, wypełniającego jamę otrzewnową, obejrzeliśmy jednym rzutem oka pole operacyjne i zdawało się nam, że mamy przed sobą zwój ściśle ze sobą zlepionych i poplątanych pętli jelitowych. Dopiero po bliższem rozpatrzeniu się poznałem, że to, co na pierwszy rzut oka robiło wrażenie jelit, jest guzem, wyrastającym jakoby ze sieci większej i umieszczonym pomiędzy jej obiema blaszkami, w ten jednak sposób, że nowotwór ten o wiele więcej rósł ku przodowi i w bardzo wybitnym stopniu rozciągnął blaszkę przednią tak, że z niej zaledwie pojedyncze pasma się utrzymały. Patrząc zaś z góry, widzi się jedynie wązki pas sieci niezmienionej (4—5 ctm. szeroki), wysuwający się niby feston z pod dolnego brzegu guza. Po wytoczeniu guza poza obręb jamy brzusznej, zauważyliśmy na tylnej jego powierzchni o wiele lepiej zachowane strzępy sieci (blaszki tylnej), tem wyraźniejsze, że rozwinęła się w nich obfita sieć grubych naczyń żylnych. W tej też chwili zamarkował się wybitnie **ścisły i jedyny zrost guza z wielką krzywizną żołądka** na przestrzeni 3—4 ctm. w odległości kilku centymetrów od odźwiernika. Więc w kilku partyach podwiązano sieć wielką tuż pod dużą krzywizną, nożem okrojono zrost czy przyczep guza do żołądka, bez otworzenia jednakowoż jamy tego ostatniego i nowotwór wydalono w całości. Stosunek guza do żołądka i sieci starałem się uwidocznić na obok dołączonym rysunku szematycznym.

Po wyłuszczeniu nowotworu jama brzuszna wydała się dziwnie próżną. Jelita i kiszki, uciśnięte przez rozwijający się nowotwór, zepchnięte zostały na boki i kryły się całkowicie pod jego brzegami. Po zamknięciu szwem dwurzędowym ubytku we warstwie surowiczej i mięsnej w ściankach żołądka i po ostatecznej toalecie jamy brzusznej, zamknięto powłoki szwem trójrzędowym.

Guz wyłuszczony, ważący 3500 grm., robił ostatecznie wrażenie torbiela wielokomorowego, o jamach różnej wielkości i o różnej grubości ścian. Jedne bowiem guzki miały ścianki cienkie, przeświecające, inne różowe, inne wreszcie gliniasto żółte, suche. Dopiero na rozkroju przekonaliśmy się, że mamy do czynienia z guzem o utkaniu miąższowem, bardzo miękkiem, poprzerywanem często bardzo licznymi torbielkami, wielkości rozmaitej. Jamy te wypełnione były płynem surowiczo-krwawym. Obok zaś torbieli zaznaczają



się w tkance miąższowej pasma tkanki żółto zabarwionej, suchej, najwidoczniej obumarłej, powstałe najprawdopodobniej skutkiem zatorów. Badanie mikroskopowe (wykonane przez Doc. Dra Kučerę) wykazało mięsaka o komórkach wrzecionowatych *(sarcoma fusocellulare)*, w okolicy zaś zrostu ze ściankami żołądka znaleziono wybujałe włókna mięśni gładkich.

Przebieg pooperacyjny był idealny, bez jakichkolwiek powikłań. Jedynie przez czas pozostawania chorego w łóżku trzeba było stale podawać środki przeczyszczające. Zaznaczyć warto, że w tym przypadku **mimo całkowitego wycięcia sieci nigdy nie było ani stolców, ani wymiotów krwawych**, co zdaniem Eiselsberga, po częściowych nawet wycięciach sieci często ma się zdarzać.

Badanie moczu w miesiąc po operacyi wykazało te same składniki, co i przed operacyą.

W dniu wypisania chorego z kliniki (7/5 1903 r.) nie można było wykazać ani śladu płynu wolnego w jamie otrzewnowej, największy zaś obwód brzucha wynosił 74 ctm.

Mieliśmy sposobność badać chorego w dwa miesiące później i z przyjemnością stwierdziliśmy, że stan jego od chwili wyjścia z kliniki nie uległ zgoła zmianie. (Dokończenie nastąpi).

II. Kilka słów w sprawie techniki całkowitego wyjęcia macicy.

Napisał

Prof. Dr. Aleksander Rosner.

(Dokończenie).

Tymczasem wykluczenie złośliwego nowotworu, lub ropnych zmian w jamie macicy nie jest zawsze łatwem i zdarzać się mogą niemiłe niespodzianki. Na dowód tego chciałem przytoczyć pokrótce trzy przypadki, które miałem sposobność spostrzegać:

I. W pierwszym chodziło o typowy przypadek raka szyi macicznej, w którym warunki operacyjne były ze wszech miar korzystne, a więc brak nacieku poza granicami miąższu macicznego, brak powiększenia trzonu, lub przydatków, zupełna ruchomość macicy. Po wyskrobaniu i wypaleniu nacieku nowotworowego udało nam się usunąć macicę nie przeciętą, wraz z przydatkami. Badanie wyjętego preparatu wykazało, że w jamie macicznej mieściła się co najmniej łyżka cuchnącej ropy, która byłaby niewątpliwie zanieczyściła otrzewnę, gdybyśmy byli przecięli macicę wśród zabiegu.

II. W przypadku drugim chodziło o pacyentkę, lat 60 liczącą niezamężną. Podaje ona, że miewa peryody od 18-go roku życia; w ostatnim roku częstsze i obfitsze, tak, że od dwóch miesięcy krwawi bez przerwy. Nigdy atoli nie było krwotoków, tylko krew w małej ilości sączy się ustawicznie. Lekarz, który ją oddawna leczy, stosował wszystkie możliwe środki, wykonał nawet abrazyę, lecz bez skutku.

Badanie wykazuje: osoba dobrze zbudowana i odżywiona, narządy wewnętrzne bez zmian. Brzuch zapadły, nigdzie niema nieprawidłowych oporów. ·rom okazuje zanik starczy, daleko posunięty; wejście do pochwy otoczone błoną dziewiczą i bardzo wązkie; pochwa długa, wązka i gładka, również zanikiem starczym objęta. Część pochwowa drobniutka, zaledwie wyczuwalna, przedstawia się raczej, jako nieznaczne zgrubienie dokoła okrągłego otworka, odpowiadającego ujściu zewnętrznemu. Trzon macicy, uderzająco mały, leży w tylnem sklepieniu; jest tak drobny, że bez trudności czuje się dno macicy przy badaniu jednym palcem. Wszystkie jego wymiary są mniejsze od prawidłowych. Jest on przytem nieruchomy, jakby zrostami przytwierdzony do otrzewnej jamy Douglasa. Przydatki bez zmian.

Przyznaję się, że na podstawie takiego stanu nie rozpoznałem raka trzonu macicy, owszem, zdawało mi się, że wszystko przeciwko rozpoznaniu temu przemawia. Przedewszystkiem uderzająca małość macicy po całorocznem trwaniu choroby, dalej brak chery nowotworowej, brak krwotoków i tak dla raka trzonu cechujących napadowych bólów, dalej brak jakichkolwiek upławów, a szczególnie, brudnych i cuchnących, wreszcie fakt, że lekarz wyskrobał wnętrze macicy i nie znalazł nowotworu, wszystko to przemawiało zgodnie przeciw rozpoznaniu raka trzonu macicy.

Wszystkie objawy zdawały się raczej przemawiać za tem, że mamy tu do czynienia z jednym z tych przypadków nieustających krwawień w latach przejściowych, które są prawdopodobnie następstwem miażdżycy w naczyniach macicznych. Przypuszczając to cierpienie, postanowiłem zastosować *atmokausis* i z tym zamiarem przystąpiłem dnia 25/II. 1901 r. do zabiegu. Chcąc uprzystępnić sobie wysoko położoną część pochwową, przeciąłem w uśpieniu wejście do pochwy, poczem chwyciłem szczypczykami drobniutki rąbek, odpowiadający zanikłej części pochwowej. Przekonałem się jednak wkrótce, że *atmokausis* nie da się wykonać bez poprzedniego znacznego rozszerzenia przewodu szyi. Ponieważ zdawało mi się, że całkowite usunięcie macicy będzie zabiegiem nie cięższym, a napewne doszczętniejszym, niż owe rozszerzanie i *atmokausis*, zmieniłem plan operacyi i przystąpiłem do całkowitego wydobycia macicy.

Podczas operacyi, która mimo dość ścisłego zrostu tylnej ściany macicy z otrzewną jamy Douglasa nie przedstawiała większych trudności, przerwała się tylna ściana i zaczęły wypływać z jamy macicy masy kruche, żółtawo szare, nowotworowe. Badanie preparatu wykazało, że ściana mięsna macicy jest prawie całkowicie zniszczona przez nowotwór, który w dnie i tylnej ścianie pozostawił prawie samą otrzewnę nietkniętą, w przedniej zaledwie spostrzegalny rąbek błony mięsnej. Wyraźnie jednak zaznaczam, że nowotwór nie przekraczał nigdzie granic macicy i że szyja nie była wcale nowotworem zajęta. Badanie drobnowidowe wykazuje typowe utkanie raka. Przebieg pooperacyjny ze wszech miar prawidłowy i pacyentka opuszcza szpital 16/IV 1901 r.

Nawrót nie kazał na siebie długo czekać. Już we wrześniu 1901 r. zauważyłem naciek w bliźnie pooperacyjnej pochwy, a we wrześniu 1902 r. znalazłem nawrót w całej pełni, jako guz wypełniający miednicę małą. Od tej chwili nie widziałem chorej.

Nawrót w tym przypadku jest niewątpliwie następstwem zaszczepienia się komórek rakowych (czy pasorzytów rakowych) w ranę operacyjną pochwy. Wszak wiemy, że rak trzonu ma zupełnie inne drogi chłonne, któremi się szerzy, niż rak szyi i że ścian pochwy nie zajmuje.

III. Pacyentka, l. 57, podaje, że rodziła trzy razy i dwa razy roniła. Była zawsze zdrową. W maju 1901 r. miała ostatnią miesiączkę prawidłową, potem nie miała jej przez trzy miesiące, zaś od września, aż do dnia przyjęcia jej na mój oddział szpitalny (4/I. 1902) krwawi, prawie bez przerwy, choć nie obficie. Żadnych bólów, żadnych upławów. Badanie wykazuje: miażdżyca tętnic, nad koniuszkiem serca pierwszy ton ze szmerem, nieznaczna rozedma płuc. W brzuchu żadnych nieprawidłowych oporów.

Części płciowe w zaniku starczym; część pochwowa drobniutka, na tylnej wardze twór kalafiorowaty, kruchy. Trzon wyraźnie zmniejszony, ruchomy; sklepienie boczne, lewe nieco przypłaszczone, ale nie oporne, prawe zupełnie prawidłowe.

Dnia 8/I 1902 r. przystąpiono do zabiegu operacyjnego, który wykonał kol. prof. Kryński. Nowotwór wyskrobano i przypalono żegadłem Pacquelina, poczem w zwykły sposób wyjęto całą nieprzeciętą macicę wraz z przydatkami.

Badanie preparatu wykazuje, że w jamie macicy, blizko dna, znajduje się guz nowotworowy, rakowaty, oddzielony od guza szyjnego szerokim paskiem prawidłowej ściany macicy. Badanie drobnowidowe wykazuje, że oba guzy mają jednakową budowę.

Pacyentka uleczona opuszcza szpital 27/I. 1902 r.

Te trzy przypadki wyjęte są z ogólnej liczby 22, które operowałam w praktyce prywatnej i w oddziele szpitalnym w ostatnich czterech latach. (W oddziele powierzałem niektóre operacye pp. asystentom, lub praktykantom). Trzy na 22 stanowi poważny odsetek i jeśli przypadek nie odegrał tu jakiejś roli, to na podstawie tych liczb możemy nabrać przekonania, że ujemne rozpoznanie braku nowotworu złośliwego, lub zakażenia w jamie macicznej może nierzadko zawodzić.

Te przypadki były przyczyną, dlaczego metod Döderleina i Kröniga nie stosowałem. Nauczyły mnie one, iż nie jest rzeczą łatwą wiedzieć napewno, że jama macicy nie zawiera nowotworu złośliwego, lub zakaźnych wydzielin, a typowe przeszczepienie nowotworu w II-gim przypadku wykazało raz jeszcze, jak groźne być mogą następstwa takiego przeoczenia. Prawda, że w żadnym z tych trzech przypadków nie badałem przed zabiegiem wnętrza jamy macicy; nie sądzę jednak, żeby mnie z tego powodu mógł spotkać jakikolwiek zarzut. W przypadku I-szym i III-cim był typowy rak szyi macicznej, cierpienie, które, zdaniem ginekologów, stanowi przeciwwskazanie do sondowania jamy trzonu macicy; w przypadku drugim dostęp do macicy był tak trudny, że dopiero po przecięciu pochwy można było wprowadzić wziernik, a więc i sondować. Zresztą sądzę, że wprowadzanie zgłębnika do jamy macicy przed operacyą nie jest rzeczą racyonalną, zwłaszcza w tych przypadkach, w któ-

rych zajść może potrzeba przecięcia macicy podczas operacyi; nigdy bowiem nie możemy być pewni, czy zgłębnikiem nie zakazimy czystej dotychczas jamy macicznej, którą podczas zabiegu mamy przecinać. Z tego wynikałoby, że macicy, której nie badaliśmy zgłębnikiem, nie powinniśmy przecinać, bo nie wiemy, co jest w jej wnętrzu; macicy zaś sondowanej również, gdyż jest możliwem, że właśnie zgłębnik ją zanieczyścił.

Nie chcę przez to powiedzieć, że przecinanie macicy podczas operacyi jest błędem. Owszem, wiadomo powszechnie, że jest to znakomity sposób, ułatwiający zabieg w trudnych przypadkach operacyi przez pochwę. Niebezpieczeństwa, które w sobie mieści, są aż nadto zrównoważone przez korzyści i usługi, które w tych trudnych przypadkach oddaje. Tutaj, w takich przypadkach, metoda Döderleina święcić może tryumfy i przekonany wywodami prof. Marsa, chętnie posługiwać się będę tym sposobem.

Co się tyczy metody Kröniga, polegającej na przepołowieniu macicy podczas operacyi, wykonywanej przez jamę brzuszną, to niewątpliwie niebezpieczeństwa, o których wspominałem, będą większe, niż przy operacyach przez pochwę; natomiast korzyści mniejsze. Niebezpieczeństwa będą większe właśnie dlatego, że jama brzuszna jest szeroko otwarta tak, że zakaźna treść przeciętej jamy macicznej zetknąć się może z otrzewną ścienną i jelitową na dużej przestrzeni; korzyści zaś muszą być mniejsze dlatego, że podwiązywanie więzów szerokich podczas operacyi metodą Doyena nie przedstawia z reguły trudności z powodu łatwego do nich dostępu. Gdyby zaś włókniaki, wypuklające się ku szerokim więzom, utrudniały ten akt zabiegu, to prostszem i mniej niebezpiecznem jest wyłuszczenie włókniaka przeszkadzającego, niż przecinanie całej macicy.

Opierając się na powyższych wywodach i na trzech przytoczonych przypadkach, zapatruję się w ten sposób na sprawę przecinania macicy podczas doszczętnych zabiegów:

1) Macicę należy wyjmować zawsze nieprzeciętą tam, gdzie to jest wykonalnem i niepołączonem z niebezpieczeństwami (przerwania więzów szerokich, lub przydatków, znacznego przedłużenia operacyi u niedokrewnych, lub wogóle osób schorzałych itd. itd.).

2) W przebiegu *exstirpatio uteri vaginalis* może zajść potrzeba przecięcia macicy, jeśli zbytnia wielkość, lub znaczne jej unieruchomienie nie pozwalają na usunięcie macicy nieprzeciętej. Mając świadomość, że takie przecięcie może w sobie mieścić pewne, choćby nieznaczne, niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej, lub przeszczepienia nowotworu trzonu, należy przecinać macicę tylko wtenczas, kiedy to jest niezbędnem.

3) Taka konieczność nie zachodzi nigdy podczas operacyi przez jamę brzuszną.

III. O lokalizacyi ośrodków mowy.

Podał
Dr. Rafał Spira.

(Ciąg dalszy).

Poszukiwania Nothnagla miały na celu ustalenie lokalizacyi mimowolnych ruchów mimicznych powstających w następstwie wzruszeń psychicznych, jak n. p. uśmiech i pewne postacie płaczu. Przytem Nothnagel położył główny nacisk na uśmiech, który nigdy nie jest aktem czysto odruchowym a wymaga zawsze udziału sfery psychicznej. Płacz bywa dwojakiego rodzaju, zależnie od tego, czy jest spowodowany bólem cielesnym, czy też psychicznym. Płacz pierwszego rodzaju należy do niższych odruchów, drugi zaś przychodzi do skutku przy udziale sfery psychicznej, względnie drogą kory mózgowej i szlaków podkorowych. Uśmiech, pewnego rodzaju płacz i mimika wymagają dla swego powstania istnienia wzgórka wzrokowego (ośrodek Nothnagla-Bechterewa). Zdaniem N. dalsze doświadczenia bezwątpienia potwierdzą fakt, że pewne, psychicznie wyższe odruchy mimiczne znikają, jeżeli wzgórek wzrokowy albo pewne części kory mózgowej zostają zniszczone.

Odruchy niechęci i bólu powstają przy udziale rdzenia przedłużonego, za czem przemawiają doświadczenia poczynione na bezmuzgowcach *(anencaphali)*.

Przeciwnicy lokalizacyi mowy w mózgu. Odkąd Broca swojem odkryciem afazyi ruchowej stworzył punkt wyjścia dla nauki o lokalizacyi mózgu, a Wernicke klasycznem określeniem afazyi czuciowej dał podstawę do systematycznego badania na tem polu, ogłoszono nieprzejrzaną liczbę teoryi, których wyniki na razie nie odpowiadają daleko idącym oczekiwaniom, przywiązanym do pierwszych odkryć i studyów o afazyi. Przyczyna tego leży po części w nadzwyczaj zawikłanych stosunkach, zachodzących przy tego rodzaju badaniach anatomicznych i klinicznych, oraz w warunkach, niedostępnych dla kontroli przez doświadczenia na zwierzętach, po części wreszcie, jak sądzi Bischoff, w zaniechaniu dość ścisłego odróżniania między wiedzą pozytywną, a przypuszczalną. Wyżej („Przegl. lek.“ 1903. Nr. 13. str. 280) wyłuszczone braki i wady, podanych przez różnych autorów szematów i typów afazyi, dalej umiejscowienie zmian chorobowych po śmierci, stwierdzone a niezgadzające się nieraz z lokalizacyą przyczyny chorobowej, przypuszczanej za życia na podstawie objawów klinicznych i t. p., niedokładności i braki w tłómaczeniu wszystkich objawów zaburzeń mowy ścisłem umiejscowieniem funkcyi mowy, doprowadziły do tego, że nauka o lokalizacyi tej czynności i pojęcie ośrodków mowy zostały zaprzeczone i zarzucone przez poważną liczbę badaczy. Niektórzy autorowie przyjęli w miejsce ośrodków mowy pewne punkty mózgowe, w których krzyżują się włókna pośredniczące w połączeniu między różnymi ośrodkami zmysłowymi i ruchowymi. Uszkodzenie, zaszłe w tych punktach, musi zajmować równocześnie kilka takich dróg i powodować zawikłane obrazy afazyi. Inni przypisują znów pierwszorzędne znaczenie przy powstaniu zaburzeń mowy czynnikom psychicznym, uwadze i pamięci. Niektórzy znów przyjmują dla różnych czynności mowy różne drogi i połączenia, podając w wątpliwość prawidła mowy, sformułowane przez Wernickego i jego szkołę, oraz rolę nadaną przez niego różnym ośrodkom.

Po pracach Wernickego i Lichtheima najpierw Grashey podniósł doniosłe znaczenie dwóch czynników, t. j. czasu i pamięci dla mowy (p. „Przegl. lek.“ Nr 21, str 308. 1903). Później Freund i inni występują przeciw ścisłej lokalizacyi czynności mowy i odrzucają szematy, podane przez Wernickego, a rozwinięte dalej przez Lichtheima, jakoteż afazyę przewodnictwa i amnestyczną. Zwracając uwagę na niedostateczność podanych szematów

i nie odróżniając między ośrodkami, a drogami pośredniczącemi, Freund nie uznaje ośrodków czynnościowych. Przyjmuje on całą część kory półkuli lewej, położoną między zakończeniami korowemi nerwów słuchowych, wzrokowych i ruchowych dla mowy i pisma, za narząd mowy i tłómaczy wszystkie rodzaje afazyi zaburzeniami w kojarzeniu między ośrodkami w samej korze; Freund rozróżnia z klasy zboczeń mowy: 1) afazye słowne, w których skojarzenie oddzielnych pierwiastków mowy jest zniesione i 2) zboczenia asymboliczne mowy, przyczem skojarzenie słowa z przedmiotem jest uniemożliwione. Obok tego przyjmuje Freund afazyę agnostyczną, zależną od obustronnego zajęcia ośrodków wzrokowych, jak afazya wzrokowa (afazya optyczna p. w.).

Poglądy Freunda rozwija dalej Goldscheider, kładąc główny nacisk na znaczenie pamięci dla mowy; G. również odrzuca istnienie osobnych ośrodków ruchowych dla mowy i pisania i osobnych ośrodków pamięciowych Munka. Pamięć należy sobie tłómaczyć przypuszczeniem nabytego czynnościowego kojarzenia, równocześnie albo kolejno, pobudzonych pierwiastków spostrzeżeniowych zapomocą dróg kojarzennych, w czem zgadza się Goldscheider z Sachsem i z Wernickem (patrz wyżej). Pobudzenie zmysłowe, powtarzające się w tej samej formie i w tym samym układzie porządku, wywołuje wyobrażenie znanego oddawna wrażenia, stanowiącego istotę pamięci. Tylko dla tłómaczenia procesu myślenia (*Denkvorgänge*), usprawiedliwionem jest przypuszczenie kojarzennych ośrodków pojęciowych (*Begriffscoordinationscentren*), w którychześrodkowują się pierwiastki pojęciowe, pochodzące z rozmaitych części mózgu. Różne czynności mowy odbywają się dzięki rozmaitym kojarzeniom ośrodków zmysłowych i ruchowych między sobą międzyośrodkowo (*intercentral*, pozakorowo Wernicke), albo między pierwiastkami jednej sfery zmysłowej (*intercentral*), śródośrodkowo (korowo Wernicke). Sama jednak istota kojarzenia nie daje się wytłómaczyć tylko samemi drogami przewodzącemi; wymagane są tu jeszcze pamięć i uwaga, które należy pojmować, również jak pojęcie, jako sprawy duchowe, psychiczne, na razie jeszcze ciemne i nie wyjaśnione.

Zatem różne odmiany zaburzeń mowy powstają według Goldscheidera: *A*) skutkiem przerwy w drogach kojarzennych między ośrodkami słuchowym, wzrokowym, dotykowym, ruchowym i kinetycznym (14 kombinacyi z szematem).

B) Skutkiem zakłócenia pamięci: *a*) zdolność zatrzymania wyobrażeń w pamięci jest obniżona, kojarzenie kolejne (*successive Association*) osłabione: z tego wynikają zaburzenia w pisaniu, dyktowaniu i powtarzaniu mowy. Czasem chory może czytać poszczególne litery, a nie całe słowa. Przy mowie samodzielnej poszczególne wyrazy i zdania następują w nieodpowiednim porządku; do tego zaburzenia należy także afazya Grasheya (p. „Przegl. lekar.“ 1903, Nr. 21. str. 308.). *b*) Osłabienie zdolności przypominania wrażeń dawniejszych dla tej samej sfery zmysłowej; chory nie poznaje głosu, liter, przedmiotów. *c*) Zaburzenia pamięci dla związku kojarzennego wrażeń różnych sfer zmysłowych: np. widok litery *a* nie wywołuje wyobrażenia odpowiedniego dźwięku *a*, odwrotnie dźwięk *a* nie budzi wyobrażenia optycznego znaku *a*. *d*) Mimo wyraźnego wyobrażenia pojęciowego przedmiotu chory nie może sobie przypomnieć odpowiedniego wyrazu; natomiast przypomnienie to może być wywołane zapomocą innego skojarzonego wrażenia zmysłowego.

C) Zaburzenia kojarzenia z powodu zboczeń uwagi.

D) Osłabienie zdolności kojarzennej, np. skutkiem znużenia, lub działania środków narkotycznych itp.

Podział ten pozwala wprawdzie na tłómaczenie różnych, niezrozumiałych na innej drodze obrazów chorobowych, jak np. możności czytania głośnego bez możności powtarzania, obraz, polegający na zaburzeniu pamięci według *Ba*. Przyznaje jednak sam Goldscheider, że i ten jego podział nie zdoła wytłómaczyć wszystkich tak różnorodnych odmian zboczeń mowy, np. poznawanie tylko kilku liter, a zupełne niepoznawanie innych. (Bezpamięć (*amnesia*) częściowa dla liter). Należy przeto, zdaniem Goldscheidera, starać się w nadzwyczajnych zboczeniach odnaleźć odpowiednie ich stosunki do czynności psychicznych, a to przez dokładne badanie wszystkich towarzyszących objawów, zamiast szukać pozornego wyjaśnienia w osobnych drogach i ośrodkach mowy.

Flechsig, oparłszy się na spostrzeżeniach, że otoczki myelinowe pojawiają się w różnych drogach w rozmaitym czasie, dzieli korę mózgową pod względem czynnościowym na dwie główne części. Według teoryi tego badacza ośrodki zmysłowe zajmują zaledwie $^1/_3$ część kory mózgowej, reszta zaś zawiera ośrodki kojarzenne, do których zalicza odcinki zrazów: ciemieniowego, czołowego i skroniowego. Leżą one między ośrodkami zmysłowymi, cechują się brakiem włókien wieńca pręcikowego (*corona radiata*), brakiem dróg łączących z obwodem i stoją w związku z innemi polami korowemi za pośrednictwem włókien kojarzennych. Takich ośrodków przyjmuje Flechsig trzy: 1) ośrodek kojarzenny tylny między sferą czucia cielesnego, słuchową i wzrokową, siedziba pojęcia słownego; mowy samodzielnej (*gyrus hippocampi*; 2) ośrodek kojarzenny przedni czołowy, wierzchołek zrazu czołowego, siedziba umysłu; 3) ośrodek kojarzenny średni, łączący ośrodki: słuchowy, ruchowy i dotykowo czuciowy w wyspie Reila. Tę ostatnią uważa Flechsig za ośrodek,ześrodkowujący w sobie wszystkie pola zmysłowe, czuciowe i ruchowe, biorące udział w akcie mowy. W przeciwieństwie do Wernickego i Meynerta, utrzymujących, że połączenie między ośrodkami przychodzi do skutku drogą włókien kojarzennych, łączących te ośrodki bezpośrednio ze sobą, Flechsig sądzi, że pośrednictwo to odbywa się drogą ośrodków kojarzennych, składających się z licznych komórek, które zapomocą włókien stoją w związku z ośrodkami zmysłowymi kory. Zresztą w swojem dziele (*Grundriss der Psychiatrie*, str. 34). Wernicke przypuszcza także istnienie t. zw. komórek asocyacyjnych, t. j. komórek wrzecionowatych, wysyłających dwie wypustki w przeciwnym kierunku, łączące się z komórkami zwojowemi pól rzutowych, dalej — pewnych komórek kory, które się łączą z wypustkami komórek kojarzennych, a rzadko z komórkami spostrzeżeniowemi. (Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Emile Javal. **Entre aveugles.** (*Paris. Masson éd. 1903*).

Podczas kongresu oftalmologów francuskich, odbytego w maju ubiegłego roku w Paryżu, z pomiędzy licznych uczestników zwróciła moją uwagę postać człowieka niewido-

mego, który z ogromnem zajęciem przysłuchiwał się obradom zjazdu. Był to Dr. Javal, znany ze swych prac naukowych okulista, który przed kilku laty utracił wzrok w zupełności z powodu jaskry. Jeszcze podczas przebiegu choroby ogłaszał Javal liczne samospostrzeżenia o skutkach zabiegów leczniczych, wskazanych w tym przypadku, a na kongresie, wprowadzony pod ramię przez Pflügera na estradę, wygłosił wykład na temat: *„Quelques conseils aux adultes devenus aveugles“*. Myśl udzielania porady na podstawie własnego ciężkiego doświadczenia osobom drugim, których ten sam los spotkał, kiełkowała w umyśle Javala już od dłuższego czasu, a najświeższym jej wyrazem jest wyszła niedawno książka p. t. *„Entre aveugles“*. Jest to najlepszy dowód, jak silnym musiał być umysł, który nie dał się przygnieść ogromem nieszczęścia, lecz odważnie los swój przyjął i własne spostrzeżenia, zaopatrzone krytyczną oceną, podał do użytku drugich.

Ta niezwykła siła i trzeźwość ducha sprawiły, że autor w przedmowie zwraca się do kolegów zawodowych z prośbą, by odstąpili od praktykowanego dotąd pocieszania nadzieją odzyskania wzroku chorych, skazanych na niechybną jego utratę, gdyż stosując dla pozoru bezskuteczne środki lecznicze, pozostawiają chorego zupełnie bezradnym z chwilą, gdy katastrofa nastąpi. Bardziej ludzkiem, według zdania autora, byłoby stopniowe przygotowywanie do odmiennego trybu życia tych nieszczęśliwych, których los taki czeka w przyszłości. Na to jedno zapatrywanie autora zgodzić się nie można: dla większości bowiem odrobina nadziei jest nieocenionym skarbem, a pewność o utracie wzroku działałaby wprost zabójczo.

W 28 rozdziałach roztrząsa autor szczegółowo tryb życia ślepych, jakoto: zajęcia zawodowe, domowe, podróże, czytanie, pisanie itd., dając w każdym z tych rozdziałów cenne wskazówki, zdobyte własnem doświadczeniem. W osobnym rozdziale zbija autor powszechnie przyjęte zdanie, że utrata jednego zmysłu przyczynia się do zwiększenia bystrości zmysłów pozostałych, udowadniając na przykładach, że w tych przypadkach rozwija się tylko zdolność wykorzystania właściwości innych zmysłów, którymi przy zachowanym wzroku odzwyczailiśmy się posługiwać. Wspomina także o niewytłómaczonem dotychczas istnieniu niejako szóstego zmysłu, który nazywa *„sens des obstacles“*, mocą którego ślepi i to przeważnie ślepi z urodzenia, po wykluczeniu zastępczego działania innych zmysłów, potrafią przecież omijać znajdujące się na drodze przeszkody. Przytacza kilka ciekawych faktów, nie wyciąga jednak z nich żadnych wniosków i tylko zachęca do zbierania liczniejszych spostrzeżeń.

W końcu poddaje autor krytyce istniejący alfabet dla ślepych, powszechnie używany system punktowy Barbiera i Broillea. Ortograficzną metodę pisania tymi znakami uważa za niepotrzebnie utrudniającą ślepym czytanie i pisanie, a chciałby ją widzieć zastąpioną metodą fonograficzną, która, kierując się tylko dźwiękiem wyrazów słyszanych, znacznie uprościłaby pisownię, szczególnie w języku francuskim.

Metoda fonograficzna umożliwiałaby także łatwiejsze poznanie języków obcych, a stenografii dla ślepych oddałaby znaczne usługi. Metodę tę powinno się stosować w początkowem nauczaniu ślepych; nie wyklucza zaś ona wcale następowej nauki ortografii językowej.

Książkę tę pisał Dr. Javal zwykłem pismem przy pomocy sporządzonego przez siebie przyrządu kontrolującego *(planchette scotographique)* i oddał do druku z tem przeznaczeniem, by dostała się w ręce wszystkich, którzy się zajmują losem ślepych. *Dr. W. Reis.*

V. Wyciągi.

Hasenknopf i Salge. **O aglutynacyi w płonicy.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 58, 8, 1903). Rola paciorkowca w płonicy nie została dotąd jasno określoną; obok zapatrywań, przypisujących mu wprost znaczenie drobnoustroju, wywołującego płonicę, istnieją zdania przeciwne, przyznające mu tylko zdolność wyjątkowo szkodliwego działania w ustroju zakażonym płonicą. Zwolennicy pierwszego zapatrywania, czyli t. zw. unitarzyści (Babes, Baginsky, Moser i inni) podejmowali liczne badania, aby się przekonać, czy znachodzony w płonicy paciorkowiec nie posiada swoistych znamion morfologicznych lub hodowlanych, odróżniających go od innych paciorkowców, ale badania te nie dały spodziewanego wyniku. Zwrócono się więc do badania związku biologicznego między paciorkowcem, a ustrojem chorym na płonicę, zapomocą badań nad aglutynacyą. Taką pracę podjęli też H. i S. Pomijając szczegóły, dotyczące sposobów użytych do badania, nadmienić trzeba, że posługiwano się rozcieńczeniem 1: 500, że badano aglutynacyę makroskopowo, że paciorkowca wyhodowywano z gardła chorych na płonicę, lub ze śledziony po śmierci; wyhodowanie ze krwi płoniczych za życia udało się tylko raz jeden i to w przypadku powikłanym.

Badania te wykazały, że surowica chorych na płonicę aglutynuje wybitnie paciorkowca, wyhodowanego z przypadku płonicy, że własność ta szybko mija (nie stwierdzano jej już 28-go dnia choroby), że ta sama surowica nie aglutynuje paciorkowca innego pochodzenia, np. z zapalenia gardła pryszczykowego, z gośćca itd., że wreszcie surowica osobników zdrowych, lub ozdrowieńców, np. po róży, zakażeniu połogowem itd. nie daje odczynu aglutynacyjnego z paciorkowcem płoniczym.

Autorowie zadają sobie pytanie, czy na podstawie tego wyniku badania można uważać paciorkowca za drobnoustrój wywołujący płonicę? Twierdzenie takie nie mogłoby być opartem jedynie na powyższych badaniach, ale musiałoby znaleźć potwierdzenie w spostrzeżeniach klinicznych; musielibyśmy więc udowodnić, że paciorkowiec płoniczy wywołuje zawsze płonicę, tymczasem wiemy, że tak nie jest, bo wywołać on może różę, zapalenie gardła itd. Paciorkowiec płoniczy musiałby też wyróżniać się pewnymi klinicznymi, dla siebie charakterystycznymi objawami, a i tu doświadczenie kliniczne uczy, że nie różni się on niczem od objawów, wywołanych innym paciorkowcem. Z drugiej strony nietrudno nam w obrazie chorobowym płonicy oddzielić te objawy, które odnosimy do zakażenia płonicą i uważamy je za znamienne dla płonicy, jak wysypka, łuszczenie, przebieg gorączki, od tych, które wywołuje paciorkowiec. Wynika ztąd, że paciorkowcowi, spotykanemu w płonicy, nie możemy przyznać jakichś odrębnych własności, a tem samem nie możemy go uważać za wywołującego płonicę. Natomiast powyższe badania uprawniają do twierdzenia, że paciorkowiec znachodzi w płonicy dobre warunki rozwoju, że ułatwiony jest jego wpływ na ustrój, a związek biologiczny z ustrojem ściślejszy; paciorkowiec, przystosowawszy się do warunków, jakie istnieją w ustroju zakażonym płonicą, ulega pewnym zmianom, nabywa pewnych swoistych własności, między innemi także w tworzeniu się istot aglutynujących.

Wobec tej roli paciorkowca w płonicy uzasadnione jest stosowanie lecznicze surowic przeciwpaciorkowcowych, chociaż nie należy iść za daleko w oczekiwaniach wyników tego leczenia, gdyż w tym razie idzie nie o surowice antytoksyczne, lecz o bakteryobójcze, których mechanizm działania jest dużo więcej zawiły i niepewny. *Prof. Raczyński.*

Prof. Dollinger i Doc. Imrédy (Budapeszt). **Technika gastroenterostomii i jejunostomii, wyniki uzyskane zapomocą tych operacyj w różnych chorobach żołądka, z szczególnem uwzględnieniem trawiennego (peptycznego) wrzodu żołądka i stanów następowych.** (*Ungar. med. Presse* Nr. 4, 1903). W sprawie techniki operacyjnej czyni D. trzy pytania: 1. Czy lepsze wyniki daje gastroenterostomia przednia, czy tylna? Ze swej strony oddaje on pierwszeństwo gastroenterostomii przedniej: na 20 operowanych przypadków dobrotliwych cierpień żołądka, żadnego chorego nie stracił. 2. Czy stosować guzik Murphyego, czy szew? Guzik ma według autora same wady, a tę jedyną zaletę, iż wprawny operator może szybciej ukończyć operacyę. D. poleca skutkiem tego szew. 3. Czy można dla uniknięcia koła błędnego prócz zwykłej gastroenterostomii stosować pewne środki zapobiegawcze? Po dobrze przeprowadzonej gastroenterostomii nie rozwija się niedrożność jelit; dobrze wykonana operacya, to jedyna reguła zapobiegawcza. Ze wskazań do gastroenterostomii wyklucza D. raka odźwiernika, gdyż wyniki jej są złe, 50—60% śmiertelności, a to prawdopodobnie dlatego, że jad gnilny, znajdujący się na powierzchni raka, styka się po operacyi natychmiast ze świeżą raną. W raku odźwiernika nie wykonuje D. gastroenterostomii, lecz umożliwia odżywianie zapomocą jejunostomii. Doc. Imrédy wylicza wskazania, skłaniające internistów do polecenia zabiegu chirurgicznego w wrzodzie trawiennym (peptycznym) i jego chorobach następowych, poczem zdaje sprawę o losie swoich chorych, operowanych skutkiem

bliznowatego zwężenia odźwiernika. U jednej chorej dwa lata po gastroenterostomii rozwinął się wrzód trawienny jelita czczego; w drugim przypadku po 21 miesiącach nastąpił gwałtowny krwotok żołądkowy. Wynik ostateczny po wycięciu odźwiernika, plastyki jego i po gastroenterostomii zależy od tego, czy nadmierna kwasota po operacyi się zmniejsza; jeżeli nie, wtedy odnawiają się objawy wrzodu i może rozwinąć się wrzód jelita czczego. Ze względu na tę okoliczność zapytuje I., czy w przypadkach, w których stosunki na to zezwalają, nie byłaby odpowiedniejszą pyloroplastyka, niż gastroenterostomia? Konieczną jest rzeczą mieć operowanych na oku co do wydzielania się soku żołądkowego; jeżeli nadmierna kwasota nie zmniejsza się, należy chorego dalej leczyć wewnętrznie. I. poleca po gastroenterostomii w każdym przypadku obniżać sztucznie z początkiem przyjmowania pokarmów wydzielanie się soku żołądkowego. *Baschkopf.*

A. Neubauer (Budapeszt). **Zapalenie ucha środkowego u osesków.** (*Ungar. med. Revue* Nr. 13, 1903). Z obszernej pracy podajemy tylko uwagi N. o leczeniu zapalenia ucha środkowego. W pierwszym rzędzie powinno ono dążyć do zwalczenia objawów zapalenia zapomocą postępowania przeciwzapalnego. W przypadkach, w których bez objawów ogólnych jest błona bębenkowa tylko nastrzykana, stosować należy prócz sposobów przeciwzapalnych wkraplania 1—2%-wego rozczynu *solut. plumbi alum. acet.*, lub *ac. carbol. 1·5, alcohol 10·0; natr. chlorat. 1·0, aq. dest. 100·0.* Jeżeli jednak mimo nieznacznego nastrzykania błony bębenkowej stwierdzamy gorączkę, niepokój, zmniejszenie ciężaru ciała, nie należy wyczekiwać ustąpienia zapalenia, lub samoistnego przedziurawienia błony bębenkowej, lecz trzeba ją nakłóć natychmiast wśród najściślejszej aseptyki. Po dobrowolnem, lub sztucznem przebiciu błony bębenkowej należy zaniechać przestrzykiwania lub wpędzania powietrza, ponieważ często właśnie przez to wywołujemy przebieg przewlekły, lub powikłania w wyrostku sutkowym. Najlepiej jest po nakłóciu wypełnić przewód wyjałowioną watą, lub gazą. Gdy występuje ropienie, leczenie może być dwojakie: wilgotne przestrzykiwania (letnim 2%-wym kwasem borowym) obok przedmuchiwań i suche, polegające wyłącznie na usuwaniu ropy watą. N. uważa wytworzenie odpowiedniego otworu przy nakłóciu błony bębenkowej za szczególnie ważne, aby ropa mogła mieć łatwy odpływ. Po nakłóciu należy oczyszczać ucho raz dziennie, tamponowae je jałową gazą i zakładać opatrunek z takiejże gazy. Zmienia się go co 24 godzin, a przy obfitem ropieniu co 12 godzin. To suche leczenie oddało autorowi znakomite usługi: podczas gdy przy dawnem leczeniu zapalenie ucha środkowego trwało 5—6 tygodni, obecnie wyleczenie następuje przy suchem postępowaniu już po upływie 2—3 tygodni. Po ustaniu ropienia należy ucho zatykać watą przy wietrze, a podczas kąpieli uważać, aby woda nie dostawała się do ucha. *Baschkopf.*

Dr. W. N. Clemm. **Kamica żółciowa, jej częstość, powstawanie, zapobieganie i leczenie środkami wewnętrznymi.** (*Str. 90. Georg Klemm,* Berlin, 1903). Sprawa leczenia kamieni żółciowych, będąca obecnie na porządku dziennym rozpraw zjazdów lekarskich u nas i u obcych, skłoniła W. N. Clemma, specyalistę chorób żołądka, jelit i przemiany materyi, do zabrania głosu. W wyczerpującej pracy podaje on doświadczenia swoje o powstawaniu, zapobieganiu i leczeniu tej choroby. Jak ważną jest ta sprawa, dowodzi statystyka, która stwierdza, że każdy dziesiąty człowiek ulega kamicy żółciowej, a z kobiet, które rodziły, nawet każda czwarta zapada na nią. W części pierwszej, ogólnej, kreśli autor historyę tej choroby i stosunki anatomiczno-fizyologiczne narządu żółciowego. W części drugiej, szczegółowej, zastanawia się nad powstawaniem kamieni żółciowych, nad ich rozpoznaniem, mówi o zmianach następowych i sposobach odróżnienia kamieni żółciowych od całego szeregu chorób innego pochodzenia, a podobnie przebiegających. Kreśląc poszczególne objawy obrazu klinicznego, zastanawia się nad żółtaczką i przytacza cechy, odróżniające żółtaczkę w kamicy żółciowej od żółtaczki w raku wątroby. Z powikłań, będących następstwem zaniedbania choroby, opisuje autor przewlekłą żółtaczkę, przetoki, ropienie, wytwarzanie się skrzepów i przedostawanie się ich do układu żyły bramnej, przebicie do jelita, do wolnej jamy brzusznej, przez przeponę do jamy opłucnowej, do worka osierdziowego itd. Wszystkie te sprawy ilustruje C. kazuistyką, zaczerpniętą z własnej praktyki. Dłużej nieco wypada zatrzymać się nad najważniejszem, aktualnem, pytaniem: czy kamica żółciowa jest chorobą ściśle chirurgiczną, lub czy też tylko pewne, zaniedbane przypadki należy leczyć nożem? Po zestawieniu dotychczasowych doświadczeń wykazuje C., iż jedynie w ciężkich przypadkach wskazaną jest operacya; podkreśla on zdanie, iż przy wczesnem wewnętrznem leczeniu wcale do tego nie powinno przyjść. Roztrząsając samo leczenie, wzywa autor przedewszystkiem do zapobiegania powstaniu choroby przez troskliwe uwzględnianie każdego schorzenia żołądka i jelit, a w szczególności nawykowego zaparcia stolca, przestrzeganie odpowiedniej dyety (łatwo strawna białkowo-tłuszczowa, zamiast węglowodanów) i trybu życia, umożliwienie swobodnego, wydatnego oddychania przeponowego przez zaniechanie obcisłego ubrania. Mówiąc o wartości różnych sposobów leczenia, przypisuje piciu wody w Karlsbadzie, lub w Neuenar tylko uśmierzające działanie na zapalenie dróg żółciowych, przyczem uregulowanie trybu życia i stosowna kuchnia w zdrojowiskach niepośledną odgrywają rolę. O innych sposobach leczenia, począwszy od Durandesowskich kropli, zawierających eter i olejek terpentynowy, a kończąc na różnych lekach żółciopędnych, przeczyszczających i t. d. wyraża się autor z dosyć wielkim sceptycyzmem. O salicylanie sodowym twierdzi, iż małe dawki nie wywierają żadnego wpływu na wydzielanie żółci, podczas gdy większe obniżają je w wysokim stopniu. Clemm leczy kamienie żółciowe środkami, wytwarzającymi mydło w układzie żółciowym, ponieważ uniemożliwia to wydzielanie się cholestearyny. Według autora jedynym lekiem jest oleinian sodowy, czyli eunatrol, względnie cholelizyna, t. j. 20%-owy rozczyn tej soli. Po dolegliwościach w trawieniu, przy nawykowem zaparciu stolca, gdy jest podejrzenie istnienia kamieni żółciowych, pije chory rano na czczo $^1/_4$, później $^1/_2$ litra wody o 40° C. z dodatkiem 0·3—0·4 soli kuchennej; następuje metodyczne, głębokie oddychanie, spacer półgodzinny, poczem oddanie stolca i śniadanie według modły angielskiej. Gdy autor stwierdzi obrzęk zapalny wątroby, powiększenie pęcherzyka żółciowego, napadowe bóle gwałtowne, lub często wracające, podaje rano naczczo gram oleinianu sodowego w rozczynie, poczem zaleca picie wody, głębokie oddychanie itd., jak wyżej. Leczenie takie łączy z kuracyą, poleconą przez Naunyna: chory leży dziennie kilka godzin w łóżku w ciągu czterech tygodni; podczas pierwszej godziny leżenia pije małymi łykami 400—500 ctm.³ wody karlsbadzkiej, tak gorącej, jak to tylko jest możebne, a podczas całego czasu leżenia robi ciągle gorące okłady (fango, lub siemię lniane) na prawą okolicę brzucha. Przed opuszczeniem łóżka znowu zażywa gram oleinianu sodowego, następnie pije pół litra mleka lub rosołu, poczem chory ubiera się i spożywa obiad, złożony z rosołu, mięsa łatwo strawnego, lekkiej jarzyny, kompotu i chleba dobrze wypieczonego; jako napój podaje się wino jabłkowe z wodą. Po półgodzinnym wypoczynku poobiednim odbywa spacer, potem znowu leżenie w łóżku i okłady, jak wyżej; na 2—2$^1/_2$ godzin przed spaniem zażywa znowu gram oleinianu sodowego z $^1/_2$ litra ciepłego mleka i wykonywa głębokie oddychanie. Tak postępując, można, jak twierdzi C., nawet bardzo ciężkie przypadki wyleczyć bez noża! „So behandelte Fälle können sowohl ihre Gulden und Kreuzer nachher erfreulicher anlegen, als in einer Karlsbader Kur und brauchen auch den Schönheitsfehler der Bauchnarbe nicht zeitlebens mit sich herumzutragen“... kończy pracę dosłownie Clemm, w którym poznaliśmy przeciwnika noża w kamicy żółciowej. *Baschkopf.*

Lichtenauer. **O chirurgicznem leczeniu trąbkowego otoku ropnego** (*pyosalpinx*). (*Monatschr. f. Geb. u. Gyn.* t. 17, zeszyt 3, 1903). Podobnie, jak niema dotychczas zgody, kiedy występuje wskazanie do operacyjnego leczenia tego cierpienia, albowiem wchodzą tu w grę różne czynniki społecznej i osobistej natury, tak również różni autorowie różnie operują: drogą jamy brzusznej bez lub z sączkowaniem przez powłoki brzuszne, lub pochwę; drogą pochwy przez sklepienie przednie, lub tylne; wreszcie niektórzy wykonują zawsze operacyę doszczętną, t. j. wycięcie przydatków wraz z macicą i to znowu przez pochwę, lub jamę brzuszną. Autor wypróbował wszystkie metody i ostatecznie poleca tylko jedną, którą w ostatnich czasach jedynie stosował w 10 przypadkach, wszystkie z wynikiem dodatnim. Operuje on drogą jamy brzusznej, która jest najracyonalniejszą, gdyż odsłania dokładnie całe pole operacyjne, a temsamem o wiele łatwiej można uniknąć skaleczenia jelit, pozrastanych w tych przypadkach z częściami rodnemi. Jedyną obawę przy tem postępowaniu stanowi możliwość rozlania się i spływania ropy do jamy otrzewnowej przy przypadkowem pęknięciu otoku. Dlatego też trzeba się starać jamę małej miednicy wprost zamknąć od góry, a ku dołowi, do pochwy, założyć dreny (węże gumowe, lub szklane, a nie gazę). Autor postępuje w następujący sposób: stosuje on możliwie wysokie ułożenie miednicy i wykonywa cięcie brzuszne między pępkiem a spojeniem łonowem. Jeżeli uśpienie jest dostatecznie głębokie, to wszystkie jelita opadają w dół, ku górnej części jamy brzusznej; teraz następuje bardzo dokładna tamponada nad wchodem miednicy ku górze, zapomocą wyjałowionych 10 metrów długich opasek z gazy. W ten sposób, jeżeli i boczne części obok kręgosłupa są dobrze wytamponowane, zyskuje się bezwzględną ochronę przed możliwem spływaniem ropy ku jamie brzusznej. Teraz dopiero wycina się i usuwa zropiałe przydatki bez względu na to, czy ściana otoku pęknie, czy nie,

i wkłada się sączek przez jamę Douglasa do pochwy. Całą jamę po wyjęciu przydatków, a więc w małej miednicy, tamponuje się gazą jodoformową i koniec jej wyciąga przez ranę powłok brzusznych. W końcu usuwa się tamponadę jamy brzusznej i w położeniu poziomem chorej zeszywa powłoki, zostawiając mały otworek dla powyższego paska gazy. Gazę tę usuwa się po 8 dniach, a sączek z pochwy, aż ustanie ropienie. Wszystkie chore (10) w ten sposób operowane, wyzdrowiały. *Dr. E. Ehrenpreis.*

H. Hannequin. **Leczenie bólu żylnego zapomocą miesienia.** (*La Presse medicale* 1903, Nr. 16). Mięsienie i ciepłe kąpiele stanowią podstawę leczenia chorych z żylakami, ozdrowieńców po przebytych zapaleniach żył, oraz chorych, u których żyły są podrażnione, lecz nie zmienione. Przy towarzyszącym stanie neurastenicznym wstrzykiwania podskórne kakodylanu sodowego dają znakomite wyniki. Kąpiele nie powinny przekraczać 35°, a czas ich trwania niema być dłuższy nad pół godziny. Chory nie powinien w kąpieli doznawać uczucia zimna, ani ciepła. Masując żyłę bolesną zapomocą waseliny przez łagodne muskanie (*l'effleurage*) zauważa się po kwadransie uczucie ciepła, które rośnie w miarę równoczesnego powolnego ustępowania bólu. Z początku ból ustępuje na 4—5 godzin, później przerwy są coraz dłuższe, aż do zupełnego zniknięcia bolesności po 10—20 posiedzeniach. Masowanie to powinno obejmować żyły bolesne, oraz przylegające części i to po upływie pewnego czasu od początkowego zapalenia żyły. W przebiegu spraw zapalnych ostrych, lub podostrych, mięsienie nie jest na miejscu. Sposób mięsienia zależy od tego, czy siedzibą bólu jest cała żyła, czy też ograniczone jej okolice. Jeżeli ból dotyczy całej żyły, masuje się obiema dłońmi, przyczem baczyć należy na ścisłe przyleganie dłoni i jednostajny niezbyt silny ucisk bez przerw. Przy bólu miejscowym używa się jednej ręki, idąc od dołu ku górze i unikając posuwania z powrotem tąsamą drogą. Przy silnym bólu ucisk powinien być nader łagodny. Mięsienie takie jest nader skuteczne i może nawet zapobiedz powtarzaniu się bólów żył w przyszłości. *Dr. M. Blassberg.*

Habermann. **Przyczynek do teoryi powstawania głuchoniemoty wskutek chorób ucha środkowego.** (*Archiv fur Ohrenheilkunde* Tom 57, 1903). Większość lekarzy utrzymuje, że zapalenia ucha środkowego tylko wtedy bywają przyczyną głuchoniemoty, jeżeli zapalenie przejdzie na ucho wewnętrzne i wywoła zmiany w błędniku. H. na zasadzie przypadków, badanych za życia i po śmierci przez siebie, już dawniej wypowiedział zdanie, że zmiany w jamie bębenkowej bez jakichkolwiek zmian w błędniku mogą być przyczyną głuchoniemoty. W trzech przypadkach, które H. badał dawniej, błędnik był zupełnie prawidłowy, a zmiany dotyczyły jedynie okienek, które były zamknięte bądź tkanką łączną, bądź kostną. W jednym przypadku na jednem uchu było zamknięte tylko okienko okrągłe i na tem uchu słuch był częściowo utrzymany. Habermann podaje nowy przypadek głuchoniemoty, gdzie w błędniku zmian żadnych nie było, a w jamie bębenkowej było unieruchomienie strzemiączka i zamknięcie częściowo kostne, częściowo łącznotkankowe okienka okrągłego. Zamknięcie jednego tylko okienka nie jest według Voltoliniego, Lucaego i autora przyczyną zupełnej utraty słuchu. *Dr. Teofil Zalewski.*

Prof. Dr. M. Jordan. **Wycięcie śledziony, wskazania i wyniki na podstawie sześciu własnych spostrzeżeń.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. XI, Z. 3, 1903). W rozwoju chirurgii śledziony od r. 1855, kiedy to Küchler wykonał niepomyślną i dla chorego i dla siebie splenektomię, do czasów obecnych, zaznacza się znakomity rozwój: 28 przypadków wyleczonych po wycięciu śledziony, wypadłej przez ranę drążącą w powłokach brzusznych i takichże 29 spostrzeżeń po podskórnem pęknięciu śledziony, dowodzą najlepiej, że człowiek bez śledziony obyć się może doskonale i nie ucierpi z jej braku, czy to w szczególniejszych stanach fizyologicznych (np. ciąża), czy też patologicznych (np. choroby zakaźne). Nie umiemy jednakowoż rozstrzygnąć, czy dzieje się tak dlatego, że rola śledziony w ustroju jest nieznaczną, czy też z tego powodu, że po jej usunięciu inne tkanki, lub też inne narządy zastępczo przyjmują na się jej czynność. Jeżeli zatem tak jest, nie możemy i nie powinniśmy się wahać z przystąpieniem do wycięcia tego narządu w stanach patologicznych. Autor zestawia następujące wskazania do splenektomii: 1) torbiele niepasorzytnicze i pasorzytnicze (bąblowce); 2) nowotwory pierwotne (dotychczas spostrzegano z łagodnych naczyniaki jamiste, ze złośliwych mięsaki); 3) przerost śledziony; *a*) idyopatyczny, *b*) w chorobie Bantiego i *c*) zimniczy. Inne przerosty, jak białaczkowy, rzekomo białaczkowy, kiłowy, u alkoholików, w marskości wątroby itd. stanowią przeciwwskazanie do jakichkolwiek zabiegów chirurgicznych na śledzionie. Sam autor wyciął śledzionę; *a*) pękniętą skutkiem tępego urazu; *b*) zajętą dużym torbielem surowiczym, niepasorzytniczą; *c*) z rozwiniętym bąblowcem; *d*) z pierwotnym mięsakiem i *e*) dwa razy idyopatycznie przerosłą — zawsze z doskonałym wynikiem bozpośrednim, a pięć razy (po wykluczeniu spostrzeżenia z mięsakiem śledziony, który w 1½ roku po splenektomii zakończył się śmiertelnie z powodu nawrotu) z bardzo dobrym wynikiem ostatecznym. Operując z powodu wskazań miejscowego schorzenia śledziony i na narządzie ruchomym, operujemy śród b rdzo korzystnych warunków. Zmniejszają się one w miarę napotykanych zrostów. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dr. Lilienfeld. **Weronal, nowy lek nasenny.** (*Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 21, 1903). Autor podaje wyniki, jakie osiągnął zapomocą weronalu (*Diaethylmalonylharnstoff*). Idealnego leku nasennego brak dotychczas: nawet sulfonal, tryonal, a z najnowszych dormiol i hedonal, posiadające bardzo przykry smak, nie nadają się we wszyskich przypadkach. Tem chętniej przeprowadził L. doświadczenia z weronalem. Po użyciu 0·5 weronalu występuje najczęściej 7—9-godzinny sen. W bezsenności, pochodzącej bądź z przyczyn czysto nerwowych (w neurastenii, śledziennictwie, macicznicy, w melancholijnych stanach przygnębienia, w rozpoczynającem się porażeniu postępującem, organicznych chorobach rdzenia pacierzowego itd.), czy też z powodu chorób serca i wielu innych, L. stwierdził, iż weronal jest niezawodnym środkiem nasennym, któremu pod względem pewności i siły działania nie dorównywa żaden z dotychczasowych leków nasennych. Najlepiej zażywają go chorzy w stanie rozpuszczenia w ciepłej herbacie, lub mleku. Po użyciu 0·5 następował już w kwadrans sen zupełnie spokojny, wolny od przypadłości ubocznych i następowych; 0·5 kosztuje 17 fenigów, więc weronal po wodniku chloralowym jest najtańszym lekiem nasennym.

W oddziele chorób wewnętrznych wiedeńskiego szpitala powszechnego stosował Leop. Wiener weronal u 30 chorych. Najlepsze usługi oddawał ten lek: 1) w histeryi i neurastenii; 2) w ciężkiej gruźlicy płuc; 3) w stanach mocznicowych przewlekłego międzymiąższowego zapalenia nerek; 4) w niewyrównanych wadach zastawkowych, w których przecież najtrudniej zwalczać bezsenność, gdyż małe dawki nie skutkują, a większe sprowadzają najczęściej poważne objawy uboczne. Z doświadczeń, przeprowadzonych pod kierunkiem prof. Pála, wynika, iż weronal jest skutecznym lekiem nasennym, który chory znosi łatwo bez dolegliwości. (*Wiener med. Presse* Nr. 24, 1903). Także prof. Schüle (*Therapeut. Monatshefte*, maj, 1903) zaleca ten środek. Przepisywał on weronal w postaci kołaczyków Mercka w licznych przypadkach bezsenności nerwowej. Do leczenia tej bezsenności mamy wielką liczbę środków leczniczych i nieleczniczych, które wszystkie niestety często zawodzą. Do zabiegów bezlekarstwianych należą: długotrwała letnia kąpiel wieczorem; gorące kąpiele nożne, priessnitzowska opaska na kark, lub nogi („nasse Strümpfe"), kąpiel powietrzna, lekkie mięsienie wibracyjne głowy, poddawanie. Z leków najważniejsze są: tryonal (w gorącym rozczynie z dwuwęglanem sodowym), na drugiem miejscu weronal; potem następuje sulfonal, ewentualnie z hedonalem aa 1·0, dormiol (2·0), paraldehyd (3·0—5·0), wodnik chloralu (2·0); są to leki skuteczne, wielu jednak chorych nie znosi ich z powodu przykrego smaku. Chorym z wrażliwym żołądkiem nie powinno się np. dawać bezwarunkowo wodnika chloralu z powodu nadzwyczaj ostrego smaku. Tosamo tyczy się ulubionego w zakładach dla obłąkanych paraldehydu. Tego ubocznego wpływu można wprawdzie nieco uniknąć przez stosowanie go w lewatywie, jelito jednak często nie znosi drażniącego działania tego środka. Asystent prof. Renversa, Walter Berent ogłasza wyniki leczenia bezsenności weronalem. (*Therapeut. Monatshefte*, czerwiec, 1903); przekonawszy się na psie o nieszkodliwości leku, podawał go chorym przeciw bezsenności i niepokojowi. Zapomocą dawek ½—¾ grm. osiągnął we wszystkich przypadkach bezsenności nerwowej, neurastenicznej dobre wyniki; taksamo w braku snu z powodu lekkich dolegliwości cielesnych, kaszlu, np. w zapaleniu oskrzeli, rozpoczynających się suchotach, postrzale i t. p. Berent stosował weronal u 80-ciu chorych. Skutek był wogóle dobry, jeżeli bóle nie były bardzo znaczne; gdzie zaś te, lub wielka duszność, były przyczyną bezsenności, pozostawał bez skutku. W gwałtownem podnieceniu, niepokoju (*alcoholismus*, *delirium tremens*, *dementia paralytica* itd.) weronal nie skutkował nawet w dawce 1½ grm., którą trzeba było podnieść do 2—3½ grm. Nawet po tych wielkich dawkach nie spostrzeżono znaczniejszego wpływu ubocznego; niektórzy chorzy uskarżali się na zawroty i zajęcie głowy. Znakomity był wynik w obłędzie opilczym. Niestety i do tego leku przyzwyczajają się chorzy już po tygodniu. Największe podobieństwo w działaniu ma weronal do tryonalu. Jako lek czysto nasenny 0·5 weronalu odpowia-

dałoby 0·015 morfiny. Gdzie jednak chodzi o dolegliwości cielesne, lub bóle, sprowadzające bezsenność, nie może weronal wytrzymać porównania z morfiną. Weronal czyni zadość w wysokim stopniu obu warunkom, od których zależy dobroć leku nasennego: t. j. posiada szybkość działania przy względnem bezpieczeństwie: działa już w dawce 0·25, którą można podnieść do 3½ grm. Jestto więc w każdym razie cenne wzbogacenie terapii. *Baschkopf.*

VII. Antropologia i jej stosunek do medycyny.

Skreślił

Dr. Julian Talko-Hryncewicz.

(Dokończenie).

Obok badań ludzi żywych rozpoczęto w ostatnich latach poszukiwania i na zmarłych. Określono podstawy badania mózgu u niektórych ludów i posiadamy już pewne wskazówki co do różnic, zachodzących w budowie mięśni, przewodu żołądkowo-kiszkowego, wątroby i innych narządów wewnętrznych, których budowa może przedstawiać pewne różnice u różnych ras. Dzięki dotychczasowym badaniom wiemy, że mongołowie odróżniają się od europejczyków znaczniejszą grubością kości i budową czaszek, że krótkogłowość jest przynależnością rasy słowiańskiej i południowoniemieckiej, że typ długogłowy właściwy niemcom północnym, w części skandynawczykom, anglo-sasom i finom, że tym długogłowy, właściwy starożytnym mogiłom, był niegdyś liczniejszym i z wiekami wymierał, stopniowo ustępując miejsca krótkogłowemu. Typ o barwie jasnej bardziej jest rozpowszechniony w północnej i środkowej Europie, a mniej w południowej, w Azyi i w innych częściach świata. Starożytny typ przedstawiamy sobie jako długogłowca o twarzy wydłużonej, blondyna, o jasnych zielonawych oczach i jasnej skórze W badaniach antropologicznych nabierają niemałego znaczenia nietylko liczby przeciętne pewnego pomiaru, lub stosunek tych liczb do siebie, lecz i wyliczenia liczb podobnych, z których składają się grupy, mogące wskazywać, z jakich składowych części powstało przed wiekami plemię lub naród.

Jeżeli dotąd anatomiczne badania ras, zamieszkujących ziemię, znajdują się w zawiązku, to cóż i mówić o fizyologii tych ras. Pod tym względem początek dali badacze amerykańscy. Gould twierdzi, że białe rasy mają objętość płuc znaczniejszą, niż murzyni, lub indyanie, co ma związek ze znaczniejszą energią przemiany materyi i rozwojem sił u pierwszych. Jousseb zauważył u mieszkańców krajów zwrotnikowych mniejszą objętość płuc z przyśpieszonem oddechaniem. Ranke twierdzi, że i krew wyróżnia się też swym składem chemicznym pod wpływem zmian klimatycznych i geograficznych. Czucie skórne również się różni u różnych ras i narodów i jest ono u białych znaczniejsze, niż u murzynów. Znaną jest też różnica we wzroku i słuchu, jakimi wyróżniają się dzicy od ludów cywilizowanych; dzicy wybornie widzą i słyszą, lecz za to zdolność rozpoznawania harmonii tonów i barw jest właściwością cywilizowanych. Gilak nie zrozumie, motywu pieśni europejczyka; korejczyk nie rozróżnia barwy zielonej od błękitnej, arab czarnej i burej od zielonej i t. d. W budowie włosów zauważyć się daje także różnica; poprzeczne przecięcie włosa mongoła przedstawia się pod mikroskopem okrągło, lub szeroko-owalnie, gdy wielko-rosyanina ma kształt owalno-wydłużony. U pierwszych według Minakowa ziarnka barwika są większe i włos grubszy, aniżeli u ludów słowiańskich.

Co się tyczy patologii rasowej, to w tej sprawie więcej zrobiono, niżeli w wykazaniu różnic rasowych anatomo-fizyologicznych. Daje się to tem wytłómaczyć, że lekarze-praktycy wpierw na te szczegóły zwrócili uwagę dla swych celów praktycznych, aniżeli na sam ustrój ludności i jego cechy anatomiczne. Wiadomo od dawna, że niektóre grupy ludzkie mają odporność, lub skłonność do pewnych procesów patologicznych; dla braku jednak wykazów statystycznych, poznane fakty pozostają bez wyjaśnienia, o ile tu wpłynęła sama rasa, a o ile inne czynniki, jak klimat, odżywianie się i inne warunki życia. Nieraz, co się tyczy chorób, spotykamy się ze zdaniem bardzo odmiennem. Jedni naprzykład powiadają, że murzyni są odporni na zarazek zimnicy, inni znowu twierdzą, że chociaż jej podpadają, to w mniejszym stopniu, niż europejczycy, przebywający w krajach zwrotnikowych, którzy ulegają ciężkim postaciom tej choroby. Skłonność do zarażenia się zimnicą ma być też niejednakową i śród rasy białej. Najwięcej do niej skłonności mają posiadać szwedzi i norwegowie, mniej niemcy i holendrzy, najmniej anglicy i francuzi, a w szczególności włosi i hiszpanie. Zimnica na Ukrainie mniej się szerzy śród żydów, niż śród ludu miejscowego, jak mnie o tem przekonały wieloletnie spostrzeżenia. Pomiędzy mongolami i buryatami zimnica, gruźlica i wogóle choroby zakaźne rzadko się wydarzają, a to może dzięki nie tyle odporności rasowej, ile suchości klimatu, gorącym promieniom słońca i przejrzystości powietrza przy silnych wiatrach, odgrywających rolę naturalnych wentylatorów, jakie spotykamy szczególnie na wysokiem płaskowzgórzu Azyi środkowej. Epidemie ospy mają u mongołów przebieg bardzo łagodny; widziałem chorych z ropiejącemi twarzami, którzy bezkarnie podróżowali, przebiegając ogromne przestrzenie konno; pomimo ogromnej ilości psów i częstych ukąszeń, wodowstręt śród mongołów należy do chorób wyjątkowych. Chińczycy więcej podlegają cholerze, niż europejczycy. Powiadają, że żydzi mniej zapadają na choroby zakaźne, zwłaszcza durowe, lecz za to wielu z nich cierpi na cukrzycę, a znaczny odsetek ulega chorobom umysłowym i nerwowym. Nadzwyczajna częstość tych ostatnich skłoniła Charcota do wypowiedzenia przed śmiercią zdania, że gdyby miał przed sobą drugie życie, poświęciłby je na zbadanie neuropatologii narodu żydowskiego. Z chorób psychicznych najczęściej u żydów występuje obłęd (mania); wiąd zaś rzadziej, niż u innych ras. Choroby z przygnębieniem sfery psychicznej zdarzają się częściej u rasy jasnej: niemców i skandynawczyków; ciemna rasa romańska cierpi częściej na psychozy z szałem; u rasy słowiańskiej obie formy występują jednakowo często. Samobójstwo jest na południu o wiele częstszem, niż na północy. Ponieważ każdy naród powstał z kilku składowych pierwiastków rasowych, jak to wyżej wspomniałem, z tego powodu ciekawe są badania, które typy w tym samym narodzie łatwiej podpadają wpływom chorobotwórczym, a które stawiają większy opór, a mianowicie, czy są to okazy nizkiego czy wysokiego wzrostu, jasnego, czy ciemnego typu, długo, czy krótkogłowi. Według Haeckla ciemnowłose europejskie rasy mieszane łatwiej aklimatyzują się w krajach zwrotnikowych i mniej podlegają chorobom zakaźnym, naprzykład żółtej febrze, niż jasne typy europejskie. Na Ukrainie według Emmego typy jasne mniej mają skłonności do zarażenia się zimnicą, niż bruneci.

Metoda badań antropologicznych przydaje się lekarzowi często; czy to w celach higienicznych dla zbadania fizycznego rozwoju młodzieży szkolnej, czy to dla ocenienia klimatycznych lub geograficznych warunków, działających na ustrój pewnego kraju, lub pewnej grupy ludzi, lub wreszcie dla samego antropologicznego zbadania typu ludności, jak to wyżej wyłuszczyłem. Oprócz tego antropologia jest nauką pomocniczą dla badań geograficznych i historycznych ras i plemion ludzkich dawno zaginionych (paleoetnologia).

Lecz na tem nie koniec. Metodę antropologiczną użyli do pomocy psychiatrzy, oraz antropolodzy-kryminaliści, dociekający osobnego typu przestępcy w budowie i w pewnych zboczeniach ciała, na czem Lombroso osnuł swą naukę o typie przestępcy i o jego psychicznych i fizycznych właściwościach, które według tego uczonego mają być oznakami zwyrodnienia, lub zbrodni, a co większość spółczesnych antropologów przypisuje warunkom życiowym, wpływom odżywiania, zajęciu, wreszcie właściwościom rasy, lub indywidualnym zboczeniom, nie mającym żadnego patologicznego

znaczenia. Spór ten wtedy dopiero będzie zasadniczo rozwiązany, kiedy zostaną dokładnie zbadane odstąpienia od zwykłych typów antropologicznych i wyjaśniona ich przyczyna. Nie mniejsze ma znaczenie antropologia dla malarzy i rzeźbiarzy, chcących odtworzyć oddzielne kształty ciała i zachować stosunek w kształtach budowy, którymi się różnią oddzielne rasy i ludy. Dla znalezienia różnicy pomiędzy budową jednych a drugich ludzi, dla uchwycenia właściwych charakterystycznych cech jakiego narodu lub typu, pracują wspólnie artyści i antropolodzy, higieniści i psychiatrzy, a każdy z nich w innym celu.

Pomijając znaczenie antropologii jako nauki i jej metod, które znalazły szerokie zastosowanie w różnych gałęziach wiedzy przyrodniczej, pozyskały one i praktyczne zastosowanie, naprzykład w medycynie sądowej dla rozpoznania tożsamości zwłok według wzrostu i wieku; wiadomą jest rzeczą, że ta ręka, która jest czynniejszą, prawa czy lewa, ma szersze na palcach paznogcie; znaną jest rzeczą, jak doniosłe ma znaczenie w sprawach sądowych położenie poszkodowanego podczas zadania mu ran i uderzeń, jak również położenie delikwenta; pomiar stóp na śniegu, lub ziemi wykrywa nieraz przestępcę i t. p. Metoda antropologiczna stosuje się w obecnych czasach w biurach policyjnych dla stwierdzenia osobistości przestępców - recydywistów. Metoda Bertillona bardziej ma odpowiadać swemu przyznaczeniu, niż system paszportowy i fotograficzne zdjęcia. Metoda Bertillona dla pomiarów przestępców zasadza się na tem, że wzrost znaczny kości w wieku od lat 23—25 ustaje, co ułatwia sprawdzenie tożsamości osobnika. Główniejszymi pomiarami w takich razach są: wzrost, wysokość tułowia, długość rąk rozkrzyżowanych, długość i szerokość głowy, długość średniego i małego palca u lewej ręki, długość lewego przedramienia i lewej stopy, długość i szerokość prawego ucha. Oprócz tego notuje się barwa tęczówki lewego oka, profil nosa i oddzielne osobnicze właściwości badanego. Kartki w ten sposób sporządzone układają się w biurze antropometrycznem do osobnych skrzynek w oddzielne grupy.

W tym pobieżnym szkicu zaledwo mogłem wykazać stanowisko człowieka w świecie zwierzęcym i wychodząc z tego względu, znaczenie nauki o człowieku, jej zadaniach i celach, jako nauki samodzielnej, a jednocześnie pomocniczej dla tylu innych. Pomimo tego, że nauka o człowieku dziś jeszcze znajduje się w zaczątku i że nią tak mało jeszcze zajmuje się nasze społeczeństwo, jak wogóle wiedzą przyrodniczą, nie wątpimy, że z młodszego pokolenia znajdą się nowi pracownicy, szczególnie z pośród lekarzy, jako najbliżej stojący już z natury swego zawodu istoty ludzkiej i przyczynią się nietylko do nagromadzenia faktów, odnoszących się do życia ludzi, lecz i wzbogacą antropologię nowemi, bardziej dokładnemi metodami badania, od których w znacznej mierze będzie zależeć przyszły rozwój tej gałęzi wiedzy.

VIII. XIII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie

(13—15 lipca, 1903 r.).

Zestawił

Dr. Bolesław Żmigród.

(Ciąg dalszy).

3. Jasiński: **Nasze wyniki po doszczętnych operacyach przepuklin i porównanie różnych sposobów używanych.** W klinice lwowskiej było od r. 1897 do 1903 operowanych z powodu przepukliny 175 chorych, 137 mężczyzn, 38 kobiet. Z tej liczby 158 było przepuklin jednostronnych, 17 podwójnych, 1 potrójna. Przepuklin podbrzusznych było 154 (tj. pachwinowych i udowych) i w tych zastosowano sposób Bassiniego, lub Bassini-Postempskiego 71 razy, Kochera 68; według innych metod operowano 15 razy. Nawrotów naliczono 9% po operacyi doszczętnej przepuklin pachwinowych: po metodzie Bassini-Postempskiego 7%, po Kochera około 5%. Liczby te przemawiałyby za sposobem Kochera w przeciwieństwie do innych autorów, którzy prawie jednakie otrzymywali wyniki po sposobie Bassiniego, co i po sposobie Kochera. Według Grasera wymagamy od nowoczesnej metody operacyjnej, by 1) worek przepuklinowy podwiązać możliwie wysoko; 2) by bramę przepuklinową dokładnie zamknąć; 3) wymagamy wygojenia rany przez rychłozrost bez pozostawienia rozległych blizn; 4) by technika była możliwie prostą; 5) by nie operowano w głębi na ślepo. Tym żądaniom nie odpowiada ani metoda Kochera, ani Bassiniego. Prelegent wyjaśnia niedogodności obu metod. Przepuklin uwięźniętych operowano 32, z tego pięć przypadków zakończyło się śmiercią, co prelegent tłómaczy późnem zgłaszaniem się chorych do operacyi.

4. Rydygier (młodszy), (Lwów): **Niezwykła zawartość w przepuklinie wargi sromowej.** Chora, lat 44 licząca, nie miesiączkująca zupełnie, zgłasza się z guzem prawej wargi sromnej większej wielkości pięści, elastycznym, dającym się odprowadzić do jamy brzusznej. Badanie przez pochwę wykazało brak części pochwowej i macicy. Przy operacyi okazało się, że guz ten był workiem przepuklinowym, którego treść stanowiło ciało o kształcie macicy z przydatkami. Macica ta przypominała macicę dziecięcą; po stronie prawej macicy znaleziono ciało okrągłe, przypominające jądro, otoczone błoną białą, twardą. Po tej stronie nadto stwierdzono sznurek twardy, mający na przekroju światło, przypominający sznurek nasienny; po stronie zaś lewej torbiel o ścianach dość grubych. Badanie drobnowidowe wykazało utkanie jądra. Jest to przypadek obojnactwa rzekomego, w tym przypadku męzkiego, gdyż jest tylko jądro, a niema jajników, mimo, że części płciowe zewnętrzne, a po części i wewnętrzne (macica), były kobiece.

5. Pomorski (Poznań): **Operacya doszczętna przepuklin u dzieci.** Drobnik wykonał w ciągu 10 lat 86 operacyj przepuklin u dzieci; prelegent zaś operował w okresie $3^1/_2$-letnim 70 dzieci; jeden przypadek operowany przypadał na 100 przepuklin. Drobnik operował w ten sposób, że wsuwał jelita, zeszywał worek i potem bramę; prelegent uważa sposób ten za niekoniecznie dobry; lepszy jest sposób Bassiniego; chociaż początkowo nie dawał mu wyników zadawalniających. W przypadkach ciężkich, gdzie *proc. vaginalis* jest otwarty, radzi prelegent operować sposobem Klema, a bramę zamykać sposobem Bassiniego. Starać się tylko trzeba, by nie ucisnąć sznurka nasiennego.

Dyskusya: Kader (Kraków) miał w swej klinice przez trzy lata dość duży materyał przepuklinowy. Śmiertelność w przypadkach uwięźniętych wynosiła 16—17%. Przepuklinę pachwinową operuje sposobem Bassiniego; robi jednak nie trzy, ale dwie warstwy i unika ucisku na sznurek nasienny. Warstwę wewnętrzną szyje szwem węzełkowym, na to sznurek nasienny, potem szyje mięsień skośny zewnętrzny i skórę. Za zasadę uważa wytworzenie silnej ściany tylnej, by, jeśli w przedniej ścianie jest ropienie, nie przeszło ono przez tylną. Zaznacza, że właściwie to nie jest nawrotem, co zwykle tem mianem nazywają: następuje z czasem zwiotczenie blizny i przepuklina brzuszna, z którą sobie ciężko dać radę. Dzieci K. operuje sposobem Klema, albo Anschütza, wycina worek podobnie, jak przy operacyi wodniaka jądra, i nie miewa nawrotu. Radzi pasków nie dawać, bo pod wpływem paska prędzej się przepuklina wytworzy, niż bez tego. Przy przepuklinie udowej zeszywa prelegent wrota, stara się z mięsnia łonowego wyciąć płat i zapomocą tego płata wytworzyć ścianę, którąby się opierała wytworzeniu przepukliny.

Bogdanik (Biała) operuje dzieci, jeśli się tylko rodzice zgodzą. Operował już w trzecim miesiącu życia, a doradza operacyę, jeśli przez bramę daje się przeprowadzić palec. Na wczesną operacyę godzą się zazwyczaj rodzice dzieci robotników; rodzice z warstwy inteligencyi boją się dać dziecko wcześnie operować. Starców operuje, o ile ich można operować; zazwyczaj zanieczyszczają się ci chorzy kałem i moczem i są niespokojni. Operował raz 82-letniego chorego, który zaraz po operacyi zerwał się z łóżka i chodził; być może, że uniknął przez to zapalenia opadowego płuc. Stosuje najchętniej sposób Bassiniego. Rzuca myśl, by wszyscy członkowie Zjazdu dali do pamiętnika swoją statystykę przepuklin, sposób ich operowania, a przy tak dużym materyale możnaby sobie wyrobić dokładne wyobrażenie o sposobach operacyi. W przypadkach przepuklin uwięźniętych miał na sto kilkadziesiąt przypadków 10% śmiertelności.

Rydygier (Lwów) zgadza się z Hordyńskim co do wskazań u dorosłych, jednak co do dzieci, to nie zajmuje tak radykalnego stanowiska, jak np. Fränkel. Statystyka co prawda podaje, że na 500 przypadków wypada przypadek śmierci; mówca jednak sądzi, że więcej, bo nie każdy spieszy się z ogłoszeniem takiego nieszczęśliwego przypadku. A zresztą można zapomocą dobrego paska, wcześnie założonego, sprowadzić wyleczenie, a niekoniecznie zaraz uciekać do operacyi. Co do nawrotów, to nie należy już po roku oceniać, czy nawrót wystąpił, czy nie; trzeba czasem czekać

do końca życia. W swojej klinice stosuje R. metodę Bassini-Postempskiego najczęściej; trzeba jednak przypadki, co do metody operowania, indywidualizować. W powstawaniu nawrotów odpowiada za nieudanie się nietylko sposób operacyi, lecz także i samo jej wykonanie.

6. Rydygier (Lwów): **Demonstracya paska dla przepuklin obustronnych.** Prelegent demonstruje pasek, którýby nazwać można polskim, bo mamy niemieckie i francuskie. Są to dwie peloty połączone blaszką sprężynową, wynalazek konduktora kolejowego, który ma przepuklinę obustronną i żaden inny pasek nie spełniał należycie swego zadania.

Bossowski (Kraków) rozporządza znacznym materyałem przepuklinowym, około 200 przypadków. Zdaniem jego przepuklina uwięznięta jest u dzieci rzadkością; na 150 przepuklin u dzieci miał takich przypadków tylko trzy. W tych 150 przypadkach operował 4 razy metodą Czernego, Bassiniego 8, Bassini-Postempskiego 4, a resztę metodą Kochera. Zasadniczo operuje dzieci dopiero po pierwszym roku życia; w pierwszym roku życia operował ze trzy razy, ulegając prośbie rodziców. Mowca przyznaje, że przepuklina pod wpływem paska wyleczyć się daje, ale nie trzeba iść za daleko; czasem nosi się 4—9 lat pasek bezskutecznie. Tembardziej jest się zmuszonym operować, jeśli chodzi o dzieci biedne, gdzie niema za co paska kupić i gdzie rodzice nie mają czasu na to, by zakładać i poprawiać dziecku pasek. Zaufanie do tej operacyi wśród publiczności wzrasta; dowodem tego jest liczba operacyi: przed 8 laty operował 7 przypadków, od kilku lat operuje po 30, 40 przypadków. Nawroty przepukliny uważa B. za nieudałe wyniki operacyi. Jest zwolennikiem Kochera, czasem kombinuje tę metodę z metodą Bassiniego i to robi już oddawna, przed ogłoszeniem pracy Hermana. W obliczeniu przypadków nawrotu przepukliny nie jest szczęśliwym, jak Hordyński, gdyż nie jest w możności dowiedzenia się o chorych. Wszystkie usterki przy wadliwej technice operacyjnej znikają z czasem przy wzroście doświadczenia.

Schramm (Lwów) prowadzi od lat 17 szpital dzieci, o rocznej liczbie przypadków 6000, a przez cały ten czas miał tylko dwa przypadki uwięznięcia przepukliny, to też doszczętna operacya z tego wskazania niema racyi bytu u dzieci. Do operacyi nie namawia, chyba że brama przepuklinowa jest bardzo wielka i przepuklina nie da się w pasku utrzymać, jeśli rodzice operacyi się domagają, lub przepuklina mimo noszenia paska po 3—4 latach trwa dalej. S. operuje dopiero po skończonym trzecim roku życia, używa metody Kramera; sposobu Klema nie uważa za postęp w technice. W swych przypadkach nie miał ani przypadku śmierci, ani ropienia. Frankel jego zdaniem za daleko idzie.

Dutkiewicz (Kaźmierza Wielka, Król. Polskie) opowiada przypadek przepukliny u chłopaka małego, u którego nastąpiło trzy razy uwięznięcie. D. wszystkie trzy razy zreponował i założył pasek, który chory nosił jakiś czas. Od lat dwóch nie nosi paska i jest zdrów. Zdaniem jego nawet uwięznięcie u dziecka nie stanowi bezwzględnego wskazania do operacyi.

Kryński (Warszawa) jest zdania, że nie trzeba uważać wypuklenia w powłokach brzusznych za nawrót, chociażby nawet wypuklenie to wystąpiło w okolicy blizny.

Zieliński (Lwów) zwraca uwagę na rozszerzenie kanału pachwinowego; obecność tego rozszerzenia jest przeszkodą w przyjmowaniu np. do żandarmeryi, co określa ustawa, zabraniająca zaciągania tych ludzi. Radzi on w tych przypadkach *crura* zeszyć.

Bossowski (Kraków) w odpowiedzi na zapytanie Rydygiera opisuje zmodyfikowany sposób Kochera: worek przeciąga się śródbrzusznie, przeprowadza się przez drugi otwór zrobiony nawet powyżej rany i tam wszywa.

Barącz (Lwów) chciałby metodę Bassiniego o tyle zmodyfikować, że przeciągałby mięśnie jedne na drugie i obie warstwy zeszyłby szwem materacowym. Podobnie zdaje się robił Walstaedt.

Kader (Kraków) zgadza się w zupełności ze Schrammem. Co do rozstępów mięśni, to nie radzi w tem zboczeniu operować; operuje tylko w przepuklinie międzytkankowej (*hernia interstitialis*).

Pomorski (Poznań) nie jest za ścisłem oznaczaniem czasu operacyi; trzeba działać odpowiednio do przypadku. Pasek wystarcza, jeśli przepuklina mała. W przypadkach mówcy były duże i te musiał operować. Najważniejszą rzeczą przy operacyi jest wzgląd na sznurek nasienny, żeby nie wywołać ucisku.

Hordyński przyznaje, że co do przepuklin u dzieci niema doświadczenia; jednakowoż jeśli na 500 przypadków jest tylko jeden przypadek śmierci, a zapomocą paska $^1/_3$ przepuklin nie zostaje uleczoną, to dziwi się temu, że się nie operuje. Wnosi z dyskusyi nad swojem pytaniem drugiem, Kocher, czy Bassini, że żadnego z tych sposobów nie można uważać za zabieg normalny dla każdej przepukliny. W sprawie nawrotów godzi się na zdanie Kryńskiego, że często ma się do czynienia z przepukliną brzuszną, a nie z nawrotem. Zanik jądra w tych przypadkach stoi zdaniem jego w związku przyczynowym z powstaniem krwiaka, który uciska potem na naczynia. H. niema doświadczenia co do metody Kochera, dlatego postanawia dla poznania tego sposobu operować tylko tą metodą; odstraszałoby go częste ropienie przy tej metodzie, bo według jego zdania przyczyna ropienia nie leży tylko w błędach aseptyki. W końcu żałuje H., że kwestyi zapalenia płuc pod rozwagę nie wzięto; jego zdaniem wytwarza się zawał, a wina nie leży ani w znieczulaniu, ani w oziębieniu chorego. (Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 24 września.

* Chcąc zaradzić nader dotkliwie dającemu się odczuwać brakowi wyszkolonej służby do dezinfekcyi we Lwowie, urządził fizyk miasta Lwowa Dr. Legeżyński w lipcu b. r. bezpłatny kurs dla wykształcenia t. zw. »dezinfektorów«. Wybrano 28 inteligentnych ludzi z grona stałej służby miejskiej, a mianowicie z pośród woźnych magistratu i ze straży ogniowej i przez jeden tydzień wyłożono im popularnie istotę i teoryę szerzenia się chorób zakaźnych (przy pomocy scyoptikonu i preparatów mikroskopowych z pracowni bakteryologicznej Rektora prof. Szpilmana), a następnie wyćwiczono ich w praktycznem wykonywaniu dezinfekcyi. W tym celu urządzono dwa mieszkania, które umeblowano w ten sposób, że jedno naśladowało mieszkanie biednego wyrobnika, a drugie ludzi zamożnych. W mieszkaniach tych uczono przeprowadzać dezinfekcyę systemem zwyczajnym (przez użycie wapna, karbolu i t d., jakoteż i zapomocą formaliny. Wykładów teoretycznych udzielał Dr. Legeżyński, a ćwiczenia praktyczne przeprowadzał Dr. Kielanowski. Kurs zakończono publicznym egzaminem.

Aby pracę włożoną w urządzenie tego kursu jaknajwydatniej wyzyskać, zaprosił fizyk lwowski do współuczestnictwa w kursie sąsiednie miasta prowincyonalne, które częstokroć zasilają Lwów chorymi na choroby zakaźne. Na zaproszenie to przysłało 7 miast (Gliniany, Mościska, Żółkiew, Drohobycz, Borysław, Złoczów, Chrzanów) swych kandydatów, którzy również wszyscy poddali się egzaminowi.

Przez doprowadzenie do skutku tego kursu zyskało miasto 28 wyszkolonych »dezinfektorów«, którzy nietylko we Lwowie w razie potrzeby oddawać mogą usługi przy zwalczaniu chorób zakaźnych, ale mogą także iść z pomocą sąsiednim miastom prowincyonalnym.

Pożądaną byłoby rzeczą, żeby podobne kursa zarządzono także i w innych miastach naszego kraju, gdyż po wykształceniu dostatecznej liczby umiejętnych i praktycznych »dezinfektorów, uzyskamy ważny czynnik w tłumieniu tak często nas nawiedzających chorób zakaźnych, a równocześnie odkażanie przestanie być postrachem dla naszej publiczności, widzącej — czasem nie bez powodu — w »dezinfektorach« niszczycieli urządzenia domowego.

* Ministeryum spraw wewnętrznych zarządziło badanie „kankroiny" Dr. Adamkiewicza w lekarskich zakładach publicznych, mianowicie w kierunku jej leczniczego wpływu na przebieg raka; nawet osobny oddział w jednym ze szpitali wiedeńskich ma być na ten cel przeznaczony.

Ministrowie w Austryi zmieniają się względnie dość często, więc obecnemu ministrowi, widocznie niepoinformowanemu w tej sprawie, nie jest zapewne wiadomo, że „kankroina" dr. Adamkiewicza ma już swoją literaturę i historyę, że okres próby przebyła przed kilkunastu laty w Krakowie i Wiedniu, i że nie zniosła krzyżowego ognia dyskusyi w wiedeńskiem Towarz. lekarskiem. Jeśli to jest „kankroina" zmodyfikowana przez dr. A., to oczywiście należy ją wypróbować: mieliśmy dwie tuberkuliny, możemy mieć dwie „kankroiny"; jeśli zaś to jest ta sama „kankroina" dawniejsza, to świat lekarski ma już opinię wyrobioną o jej nieszkodliwości, lecz zarazem i bezskuteczności.

Nakaz z góry badania leczniczego wpływu „kankroiny" nie wydaje się nam właściwym: stosowniejszem by było wysadzenie komisyi, którąby w jednym z oddziałów szpitali wiedeńskich kontrolowała badania samego dr. Adamkiewicza, a zwłaszcza ściśle czuwała nad dobraniem chorych, na których to badanie miałoby być wykonane.

* Rząd wirtembergski przeprowadził kontrolę układów między kasami chorych, a lekarzami: kontrola ta posłużyła do nabycia bardzo znaczącego doświadczenia, że wolny wybór lekarza w tych kasach oka-

zał się w całej pełni praktycznym i odpowiada interesom chorych, lekarzy i kas. Rząd poleca ten system wszystkim zarządom kas, jako najlepszy. Doświadczenie kas chorych w Wirtembergii powinno zwrócić na siebie uwagę zarządów tych instytucyi w innych krajach.

* Komitet międzynarodowego Zjazdu higieny szkolnej ukonstytuował się. Prezesostwo objął prof. Griesbach; do Komitetu weszli: Schubert, Schuh i Hopf. Zamierzający wziąć udział w tym kongresie mają się zgłosić przed 15 grudnia b. r. do generalnego sekretarza Dr. Schuberta w Norymberdze. Kongres odbędzie się 4—9 kwietnia 1904 r. Wpisowe wynosi 20 marek.

* Na świeżo odbytym Kongresie higieny w Brukseli przedstawił Miecznikow szympansa, któremu, wraz z Dr. Roux zaszczepił kiłę ze skutkiem dodatnim; obecnie, w 30 dni po wystąpieniu wrzodu twardego, pojawiły się objawy wtórne.

* Międzynarodowy Kongres dla walki z gruźlicą odbędzie się w Waszyngtonie 4, 5 i 6 kwietnia 1905 roku. Korespondencyę w sprawach tego Kongresu należy adresować do G. Browna, Atlanta, Gr. Amerika.

* Przyszły międzynarodowy Kongres higieny i demografii zbierze się w Berlinie 1907.

* X-ty międzynarodowy Kongres oftalmologów odbędzie się w Bernie od 19—21 września 1904 r.

* Między 8 a 14 września doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bocheńskim (1 g.), dobromilskim (1 gm.), horodeńskim (1 g.), jarosławskim (1 g.), kamioneckim (3 gm.), nowotargskim (1 gm.), stanisławowskim (2 g.), stryjskim (1 g.), turczańskim (1g.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień (XXXV) (30—VIII—5—IX). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 17, urodziło się dzieci 62, zmarło osób 52, mianowicie: z gruźlicy 14 (12 zam.), z zapalenia płuc 2, (1 zam.), z płonicy (1 zam.), z duru brzusznego 1, (zam.), z czerwonki 2 (zam.), z cholery niemowląt 4, z gorączki połogowej 2 (zam.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Beneke mianowany został kierownikiem patologicznego instytutu w Królewcu. Dr. Fischel mian. profesorem anatomii i embryologii w niemieckim Uniw. w Pradze. Dr. Oberländer otrzymał tytuł profesora urologii w Dreznie. Dr. Szczegolew mian. profesorem nadzwycz. chirurgicznej patologii w Odessie. Dr. Sierotinin ostatecznie został mianowany profesorem kliniki lekarskiej w Petersburgu, opróżnionej przez śmierć prof. Pasternackiego.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Stefan Konopacki l. 68. Dr. Jadwiga Karpowiczowa l. 44. Dr. Miles b. profesor fizyologii w Marylandzie. Dr. Czausow, profesor anatomii, b. inspektor szpitali warszawskich. Dr. Józef Awinowicki zmarł w Nieświeżu. Dr. Józef Ulanowski zmarł w Krakowie, licząc lat 73.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 37. Bernhardt: Granulosis rubra nasi (Jadassohn). Frenkel: O pierwotnym skurczu w obrębie nerwu twarzowego z nieustannymi ruchami włókienkowymi (myokymia). Pruszyński: Powstawanie i przebieg spraw zapalnych dróg żółciowych, oraz wskazania do zabiegów chirurgicznych (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 37. Halpern: O rozczłonkowaniu azotu w moczu w stanach chorobowych. Korybut-Daszkiewicz: Kilka słów o najwcześniejszych objawach przymiotu dziedzicznego u dzieci.

Przegląd higieniczny Nr. 9. Zarewicz: Kilka uwag o higienie zakładów fryzyerskich. Bier: O desinfekcyi po chorobach zakaźnych (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr. 17. Rzeczniowski: Podstawy psycho-fizyologicznej teoryi histeryi jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego szkoły Salpêtriere. (c. d.). Fidler: Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych, oraz statystyka gruźlicy, dotycząca gubernii radomskiej (c. d.).

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 8. Wilga: Zęby idyotów, chorych umysłowo, zbrodniarzy, prostytutek i karłów. Zieliński: Metale, używane w dentystyce, ich topliwość i odporność.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 9. Schwarz: Volvulus flexurae sigmoideae. Ioanovič: Slučaj praeperitonealnog abscesa s bakteriožkoga gledišta. Ernst: Scleroderma.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 37. Chlumský: O noze stočené na stranu vnitřní. Novák: K pathologii kruposního zánětu plic. Panýrek: „Chirurgie d' urgence" a první pomoc laická. Meze kompetenci. Hejda: Lokální anaesthesie.

— *La Presse médicale* Nr. 72. Fontoynont: Grypa i zakażenie zimnicze na Madagaskarze. Gaudin: Wskazania operacyjne w leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego.

Nr. 73. Régis: Chorzy bredzący w szpitalach. Opiekowanie się nimi. Ich pożyteczność ze stanowiska nauczania. Letulle: XIII międzynarod. kongres dla higieny.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 37. Richter: Gorączka, a wydzielanie cukru. Weleminsky: Przyczynek do patogenezy gruźlicy. Opitz: Związek miesiączkowania dolegliwego z narządem węchowym. Ehrlich: Skład jadu toksyny błoniczej (dok.). Warnecke: Leczenie chorób usznych i nosowych gorącem powietrzem.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 38. Pick: Nowy przyczynek do sprawy funkcyi hamującej słuchowego ośrodka mowy w lewym płacie skroniowym. Tsiminakis: Przyczynek do histologii patologicznej splotu naczyniówkowego. Schüller: Kliniczny przyczynek do kazuistyki porażeń krtani. Fragstein: Obustronne zaburzenia słuchu, połączone z obustronnymi kurczami w zakresie nerwu twarzowego, oraz uwagi nad zaopatrywaniem właściwego obszaru przez ten nerw.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 37. Pfaundler: Przyciąganie (adsorptio) wapna przez tkankę zwierzęcą, oraz podstawy nowoczesnej teoryi krzywicy. Schwalbe: Problemat dziedziczenia w patologii. Dr. Mesnil de Rochemont: Kliniczny zbiór objawów Adams-Stockesa. Gerngross: Zapalenie wyrostka robaczkowego a leukocytoza. Friedmann: O zaburzeniach pęcherzowych pochodzenia mózgowego, zwłaszcza o ośrodku korowym unerwiającym pęcherz moczowy. Hirt: Kazuistyczne i krytyczne przyczynki do nauki o czynności pęcherza i jelita odchodowego. Sack: Przypadek ogólnego zastoju limfy w skórze po zropieniu większej części gruczołów chłonnych. Kilian: Wydobycie feniga z prawego oskrzela u dorosłego przy pomocy górnej bronchoskopii. Ebstein: Ulepszona kalibrowana pipeta. Rahn: Uwagi nad moim tubusem i nad wyrabianiem tubusów wogóle. Rommel: Uwagi nad artykułem p. Polano-Würzburga: »Opieka żywienia przedwcześnie urodzonych i słabowitych osesków w początkach ich życia«.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 38. Schulz: Przyczynek do fizyologii i farmakodynamiki krzemionki. Bassenge: Zachowanie się prątków durowych w mleku i jego przetworach. Büsing: Przyczynek do wiedzy o sposobach szerzenia się błonicy. Hoppe: Leczenie jaglicy za pomocą kleszczyków bloczkowych Knappa. Freudenberg: Odczyn amoniakalny moczu w fosfaturyi, oraz o fosfaturyi, i amoniouryi, jako objawie przedmiotowym neurastenii.

Redakcya otrzymała. Krokiewicz: Przyczynek do nauki »o niedokrewności złośliwej postępowej«. Biernacki: Sowromiennaja medicina, suszczność i predieły wraczebnaho znania. (Przekład z wydania niemieckiego). Spira: Bericht über die Thätigkeit des rhino-otiatrischen Ambulatoriums des israelitischen Spitales in Krakau (24—VIII—31—XII—1902).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.